

Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, USF Maguary,
Benevides/PA

Maura Oliveira

Teresina, 2015

Maura Oliveira

Melhoria da atenção à saúde do idoso, USF Maguary,
Benevides/PA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família, da Universidade Federal de Pelotas
como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Camila Dallazen

Co-orientadoras: Lavínia Boaventura e Claudiane Mahl

Teresina, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

O48m Oliveira, Maura

Melhoria da atenção à saúde do idoso, USF Maguary, Benevides/PA / Maura Oliveira; Camila Dallazen, orientador(a); Lavínia Boaventura e Claudiane Mahl, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde do idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde bucal I. Dallazen, Camila, orient. II. Mahl, Lavínia Boaventura e Claudiane, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**Dedico este trabalho a toda minha família, meus amigos e a equipe de saúde
que esteve comigo durante todo período de execução do projeto.**

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus que me deu coragem, disposição e determinação para enfrentar todas as dificuldades que surgiram durante essa jornada.

Agradeço as minhas filhas Carla e Carliene, meu esposo Saulo, minhas amigas Lindalva e Raquel e a minha equipe que estiveram ao meu lado me incentivando e motivando nos momentos que me sentia fragilizada pensando em desistir.

Agradeço a UNASUS - UFPEL pela oportunidade, a secretária de saúde do município de Benevides Dra Ivete Vaz e a coordenadora da atenção básica do município Sâmia Borges que autorizou e me liberou para realização desse curso.

Agradeço também as minhas orientadoras Lavínia Boaventura e Claudiane Mahl e Camila Dallazen pela confiança e apoio durante o período que estivemos juntas, a orientadora Claudiane além de orientadora foi uma grande amiga, que confiou em mim não me deixou desistir e teve muita paciência comigo. Obrigada por tudo!

Maura de Oliveira

“O maior desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível” (BRASIL, 2010 p, 09).

Lista de figuras

Figura 1.	Cronograma das atividades de intervenção na USF Maguary	45
Figura 2.	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	52
Figura 3.	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	53
Figura 4.	Proporção de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta	54
Figura 5.	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	55
Figura 6.	Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia	56
Figura 7.	Proporção de idosos com exames clínico apropriado em dia	57
Figura 8.	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia	58
Figura 9.	Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos	58
Figura 10.	Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal	59
Figura 11.	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	60
Figura 12.	Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa	61
Figura 13.	Proporção de idosos com avaliação para morbimortalidade em dia	61
Figura 14.	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	62
Figura 15.	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	63
Figura 16.	Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia	63
Figura 17.	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	64
Figura 18.	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular	65
Figura 19.	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia	66
Figura 20.	Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal	67

Lista de abreviaturas

ESF	Estratégia de Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
ASG	Agente de Serviços Gerais
ACS	Agente de Saúde da Família
PCCU	Programa do Câncer de Colo do Útero
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
CEO	Centro Especialidades Odontológica
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>
BAAR	Bacilos Álcool- Ácido Resistente
SUS	Sistema Único de Saúde
PROAME	Programa do Aleitamento Materno Exclusivo
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
mmHg	Milímetro de Mercúrio
ESB	Equipe de Saúde Bucal
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SUMÁRIO

Apresentação.....	11
1. Análise situacional.....	12
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF em 11/04/2013.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional em 16/07/2013.....	13
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2. Análise estratégia – projeto de intervenção.....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos	21
2.2.3 Metas	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Ações	23
2.3.2 Indicadores.....	32
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma.....	45
3. Relatório da intervenção.....	47
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	47
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	51
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	51
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	52
4. Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados.....	53

4.2 Discussão.....	68
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	70
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	71
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	73
Bibliografia.....	74
Anexos	75
Anexo A – Documento do comitê de ética.....	76
Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	77
Anexo C – Ficha espelho	78
Anexo D – Ficha de avaliação multidimenssional rápida.....	80
Apêndices	83
Figura 21: Atividade educativa para idosos e familiares da USF Maguary	84
Figura 22: Atividade educativa sobre saúde bucal da USF Maguary.....	84
Figura 23: Avaliação antropométrica dos idosos da USF Maguary.....	85
Figura 24: Verificação de pressão arterial dos idosos da USF Maguary.....	85

RESUMO

OLIVEIRA, Maura. **Melhoraria da atenção à saúde do idoso, USF Maguary, Benevides/PA** 2015. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso -Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

Com o grande crescimento da expectativa de vida e o aumento do número de idosos, percebe-se a necessidade e a importância de trabalhar o programa de saúde do idoso. Nesses novos tempos precisamos pensar em um envelhecimento ativo e saudável, para isso é necessário trabalhar com a promoção da saúde e prevenção de doenças com os idosos e seus familiares para um envelhecimento saudável. Nesse trabalho foi definido como objetivo a implementação do programa de atenção a saúde do idoso na área de abrangência da Unidade de Saúde a Família do Maguary em Benevides/ Pará, os objetivos específicos tratam de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos; melhorar a adesão dos idosos ao programa de atenção a saúde do idoso; melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde; melhorar os registros das informações; mapear os idosos de risco da área de abrangência; promover a saúde. Iniciamos a intervenção realizando a análise situacional da unidade e da área da nossa área de abrangência, a partir disso definimos o foco da intervenção que teve um período de 16 semanas para sua execução. Daí iniciamos o cadastramento e acompanhamento dos idosos. No projeto propomos cadastrar 50,0% dos idosos residentes na área de abrangência da unidade conseguimos alcançar 100,0% dos idosos propostos, durante os quatro meses de intervenção cadastramos 50,1% dos idosos acamados, visitamos 100,0% dos idosos acamados, rastreamos 100,5% dos idosos para hipertensão arterial, rastreamos para diabetes 100,0% dos idosos com pressão arterial superior a 135/80mmHg, ampliamos em 17,1% a cobertura para primeira consulta odontológica, realizamos busca ativa em 100,0% dos idosos faltosos, realizamos avaliação multidimensional em 100,0% dos idosos, realizamos exames exame clínico apropriado em 93,0% dos idosos cadastrados, foi realizado solicitação de exames complementares em 91,2% dos idosos, foram avaliados para alterações de mucosa bucal em 61,5% dos idosos, 100,0% dos idosos tiveram registro na ficha espelho, foram distribuídos caderneta do idoso para 97,9% dos idosos cadastrados, foram rastreados para morbimortalidade 100,0% dos idosos, foram investigados para presença de fragilização na velhice 98,9% dos idosos, 97,3% dos idosos foram à rede social, 12,5% dos idosos foram avaliados para risco em saúde bucal, 97,3% dos idosos tiveram orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, 97,3% dos idosos tiveram orientação para a prática de atividades física regular, 100,0% dos idosos tiveram orientação sobre higiene em saúde bucal e 31,6% dos idosos tiveram participação em ações coletivas de educação em saúde bucal, graças ao empenho da equipe que esteve todo tempo comprometida ao alcance das metas do projeto. O projeto de intervenção foi muito relevante para o crescimento da equipe de saúde da família, para os idosos e seus familiares, assim como para a comunidade do município de Benevides, uma vez que voltou o olhar para esta população tão necessitada de cuidado, qualificando a atenção ao idoso.

Palavra-chave: Saúde da Família; Atenção Primária a Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Maura. **Improve the health care of the elderly, USF Maguary, Benevides / PA 2015.** 85 leaves. Work Completion of course - Specialization in Family Health. Federal University of Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

With the large increase in life expectancy and the increasing number of elderly, we see the need and the importance of working the health program for the elderly. In these new times we need to think in an active and healthy aging, this requires working with health promotion and disease prevention with the elderly and their families for healthy aging. In this study was defined as objective the implementation of the care program the health of the elderly in the area covered by the Health Unit to Maguary family in Benevides / Pará, the specific objectives address enlarge the elderly monitoring coverage; improve adhesion of the elderly care program health of the elderly; improve the quality of care for the elderly at the facility; improve the records of information; map the risk of elderly in the coverage area; promote health. We started the intervention performing situational analysis of the unit and the area of our coverage area, from that defined the focus of intervention had a 16-week period for its implementation. Then we started the registration and monitoring of the elderly. In the project we propose registering 50.0% of elderly residents in the unit's catchment area have achieved 100.0% of the proposed elderly, during the four months of intervention cadastramos 50.1% of immobility, visited 100.0% of immobility, tracked 100.5% of the elderly for hypertension, diabetes traced to 100.0% of the elderly with blood pressure greater than 135 / 80mmHg, expanded by 17.1% coverage for the first dental visit, we conducted active surveillance in 100.0 % of absent elderly, perform multidimensional assessment em100,0% of the elderly, we conduct appropriate clinical examination tests in 93.0% of elderly enrolled, was performed diagnostic test ordering in 91.2% of the elderly were evaluated for oral mucosal changes in 61 5% of the elderly, 100.0% of the elderly had record in mirror form, were distributed book of old for 97.9% of registered elderly, were screened for morbidity and mortality 100.0% of the elderly, were screened for weakening the old age 98.9% of the elderly, 97.3% of the elderly were the social network, 12.5% of the elderly were evaluated for risk in oral health, 97.3% of the elderly had nutritional guidelines for healthy eating habits, 97.3 % of the elderly had orientation to practice regular physical activities, 100.0% of the elderly had guidance on oral health and hygiene in 31.6% of the elderly have participated in collective education oral health practices, thanks to the team's commitment to was all the time committed to the achievement of project goals. The intervention project was very relevant to the growth of the family health team for older people and their families, as well as to the community in the city of Benevides, since looked back at this population as in need of care, describing the care for the elderly.

Keyword: Health; Primary health care; Aging health; Home care; Oral health.

Apresentação

O foco desta intervenção é o acompanhamento dos idosos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do Maguary localizada na cidade de Benevides/ Pará.

Resolvemos trabalhar a implantação do programa de saúde do idoso, porque antes não havia nenhum trabalho específico para os idosos saudáveis, só eram acompanhados regularmente aqueles idosos que faziam parte do Programa de Hipertensão e Diabetes.

A intervenção foi desenvolvida no período de quatro meses e teve como principal objetivo realizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças nos idosos residentes na área de abrangência da unidade.

Este volume está dividido em cinco partes:

- Análise situacional - descrição das atividades realizadas, dos profissionais que compõem a equipe e da estrutura física da unidade.
- Análise estratégica - descrição do projeto e planejamento das ações previstas que seriam desenvolvidas durante a intervenção, consta objetivos e metas a serem alcançadas durante o período de execução da intervenção.
- Relatório da intervenção - análise das ações realizadas, descrevendo o alcance dos objetivos, metas e indicadores do projeto veem as dificuldades enfrentadas para o alcance parcial ou o não alcance de algumas ações previstas no projeto de intervenção.
- Avaliação da intervenção - descrição dos resultados obtidos durante o período de intervenção, a discussão em cima desses dados, apresentação da intervenção de seus resultados para os gestores e a comunidade pertencentes à unidade.
- Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem - descrição das considerações da contribuição que a intervenção proporcionou a todos os membros que compõem a equipe de saúde da unidade.

1. Análise situacional

1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF Em 11/04/2013

Trabalho há dois meses na ESF (Estratégia de Saúde da Família) do Maguary em Benevides, cidade que faz parte da área metropolitana de Belém com cerca de 51.651 habitantes, o município possui 13 USF e 16 equipes de Saúde da Família. A unidade em que atuo funciona com uma equipe de Saúde da Família em uma área que abrange 1.096 famílias com 3.743 pessoas, a equipe é composta por dois Médicos, sendo um do PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica), uma Enfermeira, dois Técnicos de Enfermagem, um Agente Administrativo, um Agente de Serviço Gerais (ASG) e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ainda não temos Equipe de Saúde Bucal e sala de imunização, pois só recebemos vacina uma vez por semana, mas a unidade está sendo estruturada já temos a sala para o consultório dentário e uma sala para imunização só está faltando equipá-la. Temos também uma recepção ampla, farmácia, ambulatório, dois consultórios, copa e banheiro para funcionários e banheiro para os usuários, na verdade temos uma boa estrutura física o prédio passou por uma reforma no final do ano passado e está previsto uma nova reforma para os próximos dias, estou aguardando.

Trabalhamos com agendamento e o nosso trabalho está organizado da seguinte forma: um dia só para visita domiciliar, o dia de atendimento do HAS (hipertenso) e DM (diabético), o dia da gestante, o dia da criança, o dia do PCCU (Prevenção do Câncer de Colo do Útero), planejamento familiar e demanda espontânea. O atendimento médico funciona da seguinte maneira: uma médica atende 4 dias durante a semana e a outra médica atende três dias e assim organizamos de forma que temos atendimento médico todos os dias.

Gosto muito da unidade e da equipe em que trabalho e acredito que o usuário também está satisfeito com o serviço prestado, pois conseguimos seguir todos os programas adequadamente. Com essa especialização espero obter conhecimentos para prestar uma assistência com mais qualidade e garantir uma maior satisfação por parte da comunidade. Hoje a minha maior dificuldade está sendo a falta de material, porque solicitamos e o retorno está demorando bastante.

Um dos maiores problemas que percebi e que enfrentei desde que assumi a direção da unidade é a quantidade reduzida de mulheres que compareciam para a realização da coleta de PCCU, mas que aos poucos estou tentando mudar esta realidade usando o trabalho do ACS na busca ativa para resgatar essas mulheres. Outro problema muito sério também encontrado era a questão do planejamento familiar que praticamente não funcionava. Como consequência, o índice de mulheres em acompanhamento pré-natal era e ainda é elevadíssimo.

Mas aos poucos estamos tentando mudar este cenário fazendo o resgate dessas mulheres na busca ativa através do trabalho do ACS e de educação em saúde. Temos mostrado para elas a importância de fazer o exame de prevenção de câncer do colo do útero anualmente e a importância da realização do planejamento familiar. O que observei era que estava faltando orientação para essas mulheres, pois muitas delas não sabiam o que era qual a finalidade e nem como poderia fazer o planejamento familiar.

1.2 Relatório da Análise Situacional Em 16/07/2013

O município de Benevides localiza-se cerca de 35 km do centro da capital, sendo considerada região metropolitana de Belém, com população estimada em 51.651 habitantes, segundo o censo do IBGE 2010. O município possui 13 Unidades de Saúde da Família com 16 equipes distribuídas em 16 bairros e duas Unidades Básicas de Saúde. Conta com apoio de três equipes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e possui atendimento ambulatorial em algumas especialidades como ginecologia, oftalmologia, neurologia, dermatologia, gastroenterologia, ortopedia, cardiologia, pediatria, fonoaudiologia. Quanto aos exames básicos como hemograma, glicemia em jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, ureia, creatinina, ácido úrico, VDRL, parasitológico de fezes, urina rotina tipo I, pesquisa de BAAR (Bacilos Álcool-Ácido Resistente) no escarro e na linfa são realizados no município e os mais específicos como as sorologias são agendados via regulação e são realizados em outros municípios.

Localiza-se na área urbana é uma Unidade de Saúde da Família (USF) vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda não tem vínculo com nenhuma instituição de ensino. É uma Estratégia da Saúde da Família tradicional composta apenas com uma equipe que possui duas médicas, sendo uma médica residente do PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica), uma Enfermeira que sou eu que tenho a função de gerente responsável pela unidade e equipe e também presto assistência à comunidade, duas Técnicas de Enfermagem, duas Agentes Administrativas duas Agentes de Serviços Gerais e nove Agentes Comunitárias de Saúde. Em um dia da semana temos a equipe do NASF na unidade com os seguintes profissionais: Psicóloga, Assistente Social, Nutricionista e Fisioterapeuta. Na unidade estamos aguardando a implantação da equipe de Saúde Bucal.

Com relação à estrutura física a unidade está no mesmo quadro que se encontra a maioria das unidades de saúde brasileiras. Diria que se encontra em quadro regular, pois para se adequar as normas previstas e preconizadas ainda tem que melhorar bastante. Ainda não possuímos abrigo de resíduos, administração e gerência, almoxarifado, depósito de limpeza, depósito de lixo adequado, sala de esterilização, sala de nebulização, sala de utilidades, lavagem e descontaminação de material, sala de reuniões e educação em saúde e sala de ACS. Com relação às barreiras arquitetônicas a unidade foi construída em local plano e não precisa de rampa para facilitar o acesso de usuários cadeirantes e pessoas que possuem dificuldade de locomoção, mas em compensação não temos banheiros adaptados e nem corrimões nos corredores. Estamos aguardando a reforma da unidade que foi prometida pelo gestor para que possamos nos adequar para ter uma estrutura física melhor.

Com relação à manutenção e reposição de equipamentos e materiais existe uma grande deficiência. Também não possuímos nenhum equipamento ou instrumento para comunicação como telefone, internet ou qualquer outro meio para divulgação das programações de educação em saúde na comunidade e nas escolas o que dificulta bastante o desenvolvimento das atividades diárias na unidade. No final do mês passado recebemos a visita da pessoa responsável pelo departamento de comunicação da Secretaria de Saúde, que nos prometeu apoio na divulgação das programações de educação em saúde ou qualquer outra atividade que a unidade venha desenvolver na comunidade.

Já fizemos levantamento e solicitamos equipamentos de uso permanente e estamos aguardando, mas enquanto não somos atendidas continuamos desenvolvendo nossos trabalhos da melhor forma possível dentro das nossas possibilidades, porque os arquivos, mesas, cadeiras e macas estão tudo sucateados e deteriorados, não possuímos aparelhos de ar condicionados na unidade o que causa desconforto e dificulta muito o trabalho de todos os profissionais de saúde da equipe, por causa do calor que é intenso aqui na região norte, então estamos trabalhando com o que temos.

Em relação às atribuições dos profissionais podemos destacar que nem todos os profissionais de saúde que atuam na equipe executam as atribuições que cabem a eles e que são definidos pelo Ministério da Saúde, o que realmente prejudica o desenvolvimento das atividades da equipe, o médico quer chegar à unidade e só realizar as consultas do dia e ir embora, e o que cabe a este profissional não é apenas isso. O trabalho precisa ser em equipe desde o planejamento a execução, mas não é isso que acontece na realidade porque quando um membro da equipe deixa de assumir o seu papel termina sobrecarregando outros membros é o que termina acontecendo com o Enfermeiro que acaba assumindo a unidade e todas as responsabilidades praticamente sozinho. Para mudar essa realidade estamos tentando envolver mais as médicas nas ações para que elas também possam assumir as responsabilidades da unidade para melhorar a qualidade do nosso trabalho.

A unidade possui na sua área de abrangência 3.730 habitantes, sendo 1.828 pessoas do sexo masculino e 1.902 do sexo feminino. No momento a nossa equipe está adequada para atender esta demanda dentro do que preconiza o Ministério da Saúde. Há um mês ganhamos mais duas Agentes Comunitárias de Saúde o que completou nosso quadro e cobrimos as microáreas que estavam descobertas, com isso nossa equipe está completa, ainda vamos iniciar o cadastramento de dois condomínios novos que surgiram na área para que possamos chegar na cobertura de 100%. Não temos problemas com a demanda espontânea. Tentamos fazer o acolhimento da melhor forma possível, ou seja, trazer resolutividade para todas as queixas e problemas dos usuários, trabalhamos com agendamento, mas sempre reservamos vagas para a demanda espontânea. Todos os dias se aparecer algum usuário necessitando de atendimento imediato estamos sempre dispostos para

atendê-lo e solucionar o seu problema. Acredito que estamos tentando seguir o que o Ministério da Saúde preconiza com relação ao acolhimento, e que não conseguimos resolver encaminhamos.

Com relação à saúde da criança são realizadas as consultas de puericultura um dia na semana, a unidade possui 105 crianças acompanhadas pela equipe. Seguimos o que o protocolo do Ministério da Saúde define. Realizamos suplementação do ferro para crianças de 6 a 18 meses, vitamina A para crianças menores de cinco anos, trabalhamos o Programa de Aleitamento Materno Exclusivo (PROAME) e realizamos vacinação uma vez na semana para crianças e adultos, priorizando crianças e gestantes. Os registros são feitos em livros do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e Puericultura. Estamos executando as atividades de crescimento e desenvolvimento dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde. A nossa maior dificuldade é a falta de informatização para registro das atividades, mas não impede o trabalho. No momento não estão sendo realizadas atividades educativas na USF, mas já estamos programando atividades de educação em saúde com as médicas, enfermeira, técnica de enfermagem e com as profissionais do NASF na sala de espera da unidade e capacitação para as Agentes Comunitárias de Saúde para que elas possam aprimorar a educação em saúde em suas microáreas.

Os atendimentos às gestantes são realizados uma vez por semana, intercaladas consultas de enfermagem e médica. A atenção a gestante está estruturada de forma programática como preconiza o Ministério da Saúde, geralmente são realizadas mais de seis consultas, são solicitadas todos os exames primeira consulta. Apenas estamos com dificuldade de obter logo as sorologias que está demorando chegar os resultados, porque são realizados em outros municípios em laboratórios conveniados. Estamos realizando a suplementação do ferro a partir da 20ª semana de gestação e ácido fólico a partir da 1ª consulta. Para controle da unidade os acompanhamentos são registrados no livro de pré-natal. Estão sendo programadas de atividades de educação em saúde com a equipe da USF e do NASF na comunidade para as gestantes.

A prevenção de câncer de colo do útero e controle do câncer de mama é realizada em todas as consultas das mulheres, elas são orientadas sobre a doença, riscos e como prevenir. Mas as coletas de PCCU são realizadas uma vez por semana. As ações estão estruturadas de forma programática como preconiza o

Ministério da Saúde e são registradas no livro específico. Estamos realizando busca ativa das mulheres em atraso para realização da coleta de PCCU, porque antes as coletas eram realizadas esporadicamente e as mulheres não estavam acostumadas a procurar a unidade para coleta do exame, aos poucos estamos tentando mudar esta realidade.

As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos são realizadas uma vez por semana estão estruturadas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. As consultas mensais são intercaladas entre consulta médica e de enfermagem, e as ações são registradas no livro de registro de hipertenso e diabético. Os usuários são assíduos, o que facilita o controle da patologia, do uso da medicação de forma correta, da alimentação e atividade física. Estávamos com dificuldade com relação à medicação do Programa de acompanhamento da HAS e DM, mas o problema já foi solucionado. Estamos trabalhando educação em saúde com todos os profissionais da equipe com apoio do NASF para hipertensos e diabéticos.

Na unidade não realizamos ações específicas e direcionadas apenas a saúde do idoso. Atendemos esses usuários dentro do programa para hipertensos e diabéticos, e quando eles procuram a unidade por algumas intercorrências, as ações não estão estruturadas de forma programática, ou seja, não estamos seguindo o que preconiza o Ministério da Saúde. Agora estamos cadastrando todos os idosos de nossa área de abrangência, para que possam ser acompanhados regularmente. Estamos nos programando para as atividades educativas, direcionada para esta população específica com toda equipe.

Colocar o ESF para funcionar conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde é o maior desafio. Muitas vezes pela falta de apoio por parte dos gestores, vamos colocar a unidade e os programas para funcionar adequadamente como é determinado. Mas muita coisa não depende só da nossa boa vontade, para mudar depende da boa vontade dos gestores, não tem como desenvolver um bom trabalho sem material de expediente, sem impresso, sem equipamentos, sem uma boa estrutura física, e o profissional de saúde não tem o poder de comprar ou construir, então ele trabalha conforme as condições que lhe são dadas, muitas vezes ele tem que trabalhar na forma do improviso, mas o compromisso que temos com o usuário e com o Sistema Único de Saúde (SUS) nos faz passar por cima de todas as dificuldades e fazer tudo que estiver ao nosso alcance para que possa dar certo.

Com os estudos observamos que às vezes executamos algumas ações de forma errada por desconhecimento do que é correto. Percebi que a universidade não prepara o profissional para trabalhar em ESF e o que aprendemos quando assumimos uma unidade é vendo como outros profissionais mais experientes trabalham e muitas vezes não estão trabalhando corretamente.

O preenchimento das abas de ações programáticas e dos questionários nos fez ter uma visão mais clara do trabalho e da equipe. Pôde ser observado o que estava certo ou errado, com a aplicação desses instrumentos estamos tentando mudar as atitudes da equipe para uma atuação adequada e condizente com uma Estratégia de Saúde da Família. Primeiramente começamos trabalhar educação em saúde nas escolas e comunidades, monitoramento e busca ativa dos usuários faltosos que fazem acompanhamento na unidade, cadastramento dos idosos, capacitação frequentes dos Técnicos de Enfermagem, Agentes Administrativos e Agentes Comunitários de Saúde, maior envolvimento das médicas e profissionais do NASF nas atividades educativas. Estamos desenvolvendo mais ações de promoção em saúde e prevenção de doenças que é o que uma Estratégia de Saúde da Família deve priorizar.

1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando o texto que foi escrito no início da Especialização e o Relatório Final da Análise Situacional, percebemos que mudança em nossa opinião com relação à unidade e a equipe, porque antes de conhecer o funcionamento ideal de uma Estratégia de Saúde da Família, achamos que a nossa equipe era perfeita. Alguns dados não batendo com relação à quantidade de habitantes da área de abrangência que no texto consta 3.743 que eram os dados que tínhamos na unidade e na aba de ações programática 3.730 que são dados do SIAB. No momento que foi escrito o primeiro texto eu tinha uma visão equivocada e totalmente diferente de como deveria ser e funcionar uma Estratégia de Saúde da Família, naquele momento achava que na unidade em que trabalho estava tudo perfeito que a estrutura física estava boa, que os programas estavam sendo desenvolvidos corretamente e que o trabalho da equipe estava bom, mas a especialização mudou

totalmente essa visão, e me deu incentivo e motivação para por em prática tudo que estou aprendendo e fazer com que a minha USF funcione corretamente como preconiza o Ministério da Saúde e transformá-la na unidade modelo do município.

2. Análise estratégica – Projeto de intervenção

2.1 Justificativa

Na unidade a ação programática que requer maior atenção no momento é a atenção à saúde do idoso porque é uma população que merece uma atenção especial e acompanhamento permanente pelo fato das complicações na saúde que o avanço da idade traz e o programa de saúde do idoso não era trabalhado na unidade, os idosos que tinham atenção eram aqueles que faziam acompanhamentos por outros programas como era o caso dos hipertensos e diabéticos, também não existia padronização nos registros, por isso resolvemos realizar a intervenção com o programa de saúde do idoso . Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e a sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais (BRASIL, 2010).

A intervenção será importante para proporcionar a essa população específica à oportunidade de ter uma qualidade de vida melhor através da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, com um acompanhamento regular e frequente na unidade e no domicílio. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo (BRASIL, 2010).

O projeto de intervenção tem a finalidade de proporcionar a pessoa idosa uma assistência qualificada, pois o bem estar dos idosos depende de um conjunto de fatores que precisam ser trabalhados corretamente pela equipe de saúde, daí a importância de desenvolver ações para melhorar o acompanhamento regular das pessoas idosas residentes na área de abrangência da unidade que apresenta uma cobertura muito baixa.

A ação será desenvolvida com as pessoas com idade a partir de 60 anos que serão cadastradas e acompanhadas, pois a saúde do idoso é uma das ações programáticas que está muito deficiente, com uma cobertura de 31%, sendo que esses são idosos acompanhados regularmente pelo programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, não havendo nenhum planejamento específico para o idoso. Por isso será necessário resgatar essas pessoas para que possam ser

orientados sobre a importância do acompanhamento regular no programa de saúde do idoso.

A intervenção é necessária e importante para a população de idosos que estão vulneráveis e sem acompanhamento adequado, com esse trabalho teremos a visão exata de quantos idosos temos, como está à saúde deles, como estão sendo cuidados e teremos também a oportunidade de prestar uma assistência humanizada e qualificada. O sucesso da intervenção depende do trabalho da equipe que é bastante empenhada e tem tudo para melhorar o acompanhamento e atendimentos dessa população que merece uma atenção muito especial.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Objetivo Geral: Melhorar a atenção à saúde do idoso, USF Maguary Benevides, PA.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos;
2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do idoso;
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;
4. Melhorar registros das informações;
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
6. Promover a saúde.

2.2.3 Metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos;

Meta 1.1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade para 50%.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 1.3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 1.4: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 1.5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 1.6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 20% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Objetivo 2: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do idoso;

Meta 2.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programáticas.

Objetivo 3 : Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;

Meta 3.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Meta 3.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e diabéticos.

Meta 3.4: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos.

Meta 3.5: Avaliar alterações de mucosa bucal em 60% dos idosos cadastrados.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações;

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir Caderneta da Pessoa Idosa a 80% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência;

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilidade na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Meta 5.4: Encaminhar 100% dos idosos para avaliação de risco em saúde bucal.

Objetivo 6: Promover a saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Meta 6.4: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Este trabalho está estruturado para ser desenvolvido, a princípio, no período de quatro meses na Unidade de Saúde da Família do Maguary. Participarão da intervenção os idosos residentes na área de abrangência da USF Maguary, os quais serão cadastrados e acompanhados. Será utilizado o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2010, MS.

Para ampliar a cobertura de acompanhamento, buscando alcançar meta de 50% de idosos em acompanhamento conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

No **eixo monitoramento e avaliação** será monitorada a cobertura do programa de atenção dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde com a periodicidade preconizada pelo protocolo do Ministério da Saúde, pelo menos uma vez por mês, a enfermeira será responsável pelo monitoramento das fichas espelhos e livro de registro para fazer o levantamento dos idosos faltosos e organizar a busca ativa.

No **eixo de organização e gestão de serviço**, será realizado o cadastramento na unidade através dos agentes administrativos quando o idoso chegar para a consulta e através dos ACS nas visitas domiciliares. O acolhimento inicial será realizado através dos técnicos de enfermagem quando o idoso comparecer na unidade para consulta médica e de enfermagem.

No **eixo engajamento público** a comunidade será informada sobre a existência do programa de atenção à saúde do idoso através de cartazes e

divulgado através dos ACS, a importância do acompanhamento periódico. Serão realizadas atividades educativas quinzenais na comunidade e orientações durante as visitas domiciliares dos ACS, médico e enfermeiro.

No eixo qualificação da prática clínica será realizada capacitação para a equipe que atua na unidade para um acolhimento adequado dos idosos que são acompanhados pela equipe. As capacitações serão realizadas na USF Maguary mensalmente no período da tarde. O método utilizado será aula expositiva, data show, material impresso e cartazes.

Para ampliar a cobertura de acompanhamento, buscando meta de cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção,

No eixo de organização e gestão de serviço será garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, esse registro será realizado pelos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares.

No eixo monitoramento e avaliação, serão monitorados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e acompanhados regularmente. Esse monitoramento será realizado pela enfermeira uma vez por semana, o dia definido para esse monitoramento será na terça-feira.

No eixo engajamento público a comunidade será informada sobre a existência do programa de atenção ao idoso que funciona na unidade de saúde. Serão realizadas atividades educativas quinzenais e divulgação diariamente pelo agente comunitário de saúde durante as visitas domiciliares.

No eixo qualificação da prática clínica os agentes comunitários de saúde serão capacitados na USF Maguary na primeira semana da intervenção no período da tarde para que eles possam realizar o cadastramento dos idosos acamados e com problemas de locomoção.

Para ampliar a cobertura de acompanhamento, buscando meta de realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

No eixo organização e gestão do serviço, será organizada agenda semanal para realizar estas visitas domiciliares. Essas visitas serão agendadas pelos ACS e as visitas serão realizadas pelos ACS, técnico de enfermagem, médica, enfermeira, psicóloga, assistente social e fisioterapeuta.

No eixo monitoramento e avaliação, será monitorada a realização das visitas domiciliares para idosos acamados ou com problemas de locomoção, esse monitoramento será realizado pela enfermeira mensalmente.

No eixo engajamento público a comunidade será orientada sobre os casos que devem ser solicitado a visita domiciliar e sobre a disponibilidade da visita para idosos acamados e com problemas de locomoção. Essa orientação será repassada diariamente através das visitas domiciliares do ACS.

No eixo qualificação da prática clínica, os agentes comunitários de saúde serão orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e serão orientados também para reconhecer os casos que necessitam de visita domiciliar.

Para ampliar a cobertura de acompanhamento, buscando meta de rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

No eixo organização e gestão do serviço, na unidade será melhorado o acolhimento dos idosos portadores de HAS e garantido material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica).

No eixo monitoramento e avaliação, serão monitorados os idosos submetidos a rastreamento anual para HAS, esse monitoramento será realizado pela enfermeira.

No eixo engajamento público a comunidade será orientada sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e da importância sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, essa orientação ocorrerá através de atividades educativas quinzenais na unidade e através de orientação na visita domiciliar do ACS.

No eixo qualificação da prática clínica, as técnicas de enfermagem da unidade de saúde serão capacitadas para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito.

Para ampliar a cobertura de acompanhamento, buscando meta de rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabete Mellitus (DM), no eixo organização e gestão do serviço, na unidade será melhorado o acolhimento para os idosos portadores de DM e garantido o material adequado para a realização do hemoglicoteste.

No eixo monitoramento e avaliação serão monitorados os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento anual para DM, esse monitoramento será realizado pela enfermeira.

No eixo engajamento público a comunidade será orientada sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e será orientada também sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM, essa orientação ocorrerá através de atividades educativas quinzenais na unidade e através de orientação na visita domiciliar do ACS.

No eixo qualificação da prática clínica, as técnicas de enfermagens da unidade de saúde serão capacitadas para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS.

Para melhorar a adesão dos idosos ao programa de Atenção à saúde do idoso, buscando alcançar meta de buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas.

No eixo organização e gestão do serviço, serão organizadas visitas domiciliares dos ACS para buscar os idosos faltosos e será organizada a agenda médica e de enfermagem para acolher os idosos provenientes das buscas ativas domiciliares.

No eixo monitoramento e avaliação, será monitorado pela enfermeira mensalmente o cumprimento das consultas previstas no protocolo adotado pela unidade para atendimento aos idosos.

No eixo engajamento público, a comunidade será informada e orientada através de atividades educativas e nas visitas domiciliares dos ACS sobre a importância da realização das consultas e do cumprimento da realização periódicas das consultas preconizadas.

No eixo qualificação da prática clínica, os agentes comunitários de saúde serão capacitados para a orientação de idosos quanto à realização das consultas periódicas e será definido com a equipe que as consultas serão mensais.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, buscando realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área

de abrangência utilizando como modelo a proposta da avaliação do Ministério da Saúde.

No eixo organização e gestão do serviço, serão garantidos os recursos necessários (balança, antropômetro e tabela de Snellen, impressos) para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos. Avaliação antropométrica será realizada pelas técnicas de enfermagem e avaliação clínica com a enfermeira e a médica.

No eixo monitoramento e avaliação, será monitorada anualmente pela enfermeira a realização da Avaliação Multidimensional Rápida em nos idosos acompanhados na unidade de saúde.

No eixo engajamento público, a comunidade será orientada sobre a importância deste tipo de avaliação e do tratamento oportuno das limitações para um envelhecimento saudável e será compartilhada com os idosos e familiares às condutas esperadas em cada consulta.

No eixo qualificação da prática clínica, serão capacitados os técnicos de enfermagem para o atendimento dos idosos conforme o protocolo do Ministério da Saúde será capacitado também médicas e enfermeira para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e encaminhamentos adequados dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, buscando realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

No eixo organização e gestão do serviço, serão realizados os exames clínicos apropriados pelas médicas e enfermeira em todos os idosos hipertensos e diabéticos, será realizada busca ativa pelo os ACS dos idosos que não realizaram o exame clínico apropriado, será organizada a agenda para acolher os idosos da busca ativa e será garantida a referência e contra referência de idosos que apresentarem alterações neurológicas ou circulatórias nas extremidades.

No eixo monitoramento e avaliação, será monitorada pela enfermeira a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade.

No eixo engajamento público, a comunidade será orientada através de atividade educativa e orientação durante as visitas domiciliares da equipe sobre os

riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades e avaliados periodicamente.

No eixo qualificação da prática clínica será capacitada médica e enfermeira para a realização do exame clínico apropriado nos idosos hipertensos e diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos durante as consultas.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, buscando realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ ou diabéticos.

No eixo organização e gestão do serviço, será garantido a solicitações e realizações dos exames complementares.

No eixo monitoramento e avaliação será monitorado o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

No eixo engajamento público, a comunidade será orientada através de atividade educativa e nas visitas domiciliares da equipe sobre a necessidade da realização dos exames complementares periódicos.

No eixo qualificação da prática clínica, a equipe de saúde da unidade será capacitada para verificar e analisar os idosos que não estão com exames complementares em dia.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, buscando avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos.

No eixo organização e gestão do serviço, será realizado o controle de estoque e mantido o registro das necessidades dos medicamentos utilizados pelos hipertensos e diabéticos que fazem acompanhamentos na unidade, esse controle será realizado pela técnica responsável pela farmácia.

No eixo monitoramento e avaliação, será monitorado mensalmente pela enfermeira o acesso dos usuários aos medicamentos para HAS e DM.

No eixo engajamento público a comunidade será orientada através de atividade educativa e orientação na visita domiciliar sobre o direito ao acesso gratuito das medicações nas Farmácias populares e no Programa de acompanhamento de HAS e DM.

No eixo qualificação da prática clínica, os profissionais de saúde que atuam na unidade serão atualizados quanto ao tratamento da hipertensão e da diabetes e serão capacitadas para orientar a comunidade sobre os direitos de acesso as medicações gratuitamente e as alternativas para obter essas medicações.

Para melhorar os registros das informações, buscando manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

No eixo organização e gestão do serviço será implantada ficha espelho e será utilizado o livro de registro para acompanhamento dos atendimentos aos idosos, esses registros serão de responsabilidade de uma agente administrativa e uma técnica de enfermagem, esta última será responsável também por fazer o monitoramento dos registros verificando aqueles usuários que estão em atraso nos seus acompanhamentos.

No eixo monitoramento e avaliação, o monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde será realizado pela enfermeira.

No eixo engajamento público os usuários e seus familiares serão orientados nas visitas domiciliares sobre os seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se houver necessidade.

No eixo qualificação da prática clínica a equipe da unidade de saúde será capacitada para realizar o preenchimento adequado de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos cadastrados.

Para melhorar os registros das informações, buscando distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

No eixo organização e gestão do serviço, serão solicitadas ao gestor municipal as cadernetas de saúde da pessoa idosa para distribuição na unidade.

No eixo monitoramento e avaliação, será monitorado pela enfermeira o preenchimento e registros na caderneta da pessoa idosa.

No eixo engajamento público, os idosos e seus familiares serão orientados sobre a importância de portar sempre a caderneta de saúde da pessoa idosa, principalmente quando for buscar atendimento de saúde em qualquer nível de atenção.

No eixo qualificação da prática clínica a equipe será capacitada para o preenchimento adequado da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Para mapear os idosos de área de abrangência, buscando rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

No eixo organização e gestão do serviço, será priorizado o atendimento dos idosos de maior risco de mortalidade.

No eixo monitoramento e avaliação serão monitorados pela médica e a enfermeira o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência da unidade.

No eixo engajamento público será orientado os idosos e seus familiares através dos profissionais da equipe o seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

No eixo qualificação da prática clínica toda equipe de saúde da unidade será capacitada para identificar e registrar os fatores de risco para morbimortalidade dos idosos.

Para mapear os idosos de área de abrangência, buscando investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

No eixo organização e gestão do serviço será priorizado o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

No eixo monitoramento e avaliação, serão monitorados pela médica e a enfermeira o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice na unidade.

No eixo engajamento público, os idosos fragilizados e seus familiares serão orientados sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

No eixo qualificação da prática clínica os profissionais de saúde da unidade serão capacitados para identificar e registrar os indicadores de fragilização na velhice.

Para mapear os idosos de área de abrangência, buscando avaliar a rede social de 100% dos idosos.

No eixo organização e gestão do serviço, será facilitado o agendamento de consultas e as visitas domiciliares dos idosos com rede social deficiente.

No eixo monitoramento e avaliação, será monitorada pela enfermeira a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados e monitorados aqueles com rede social deficiente.

No eixo engajamento público a comunidade, os idosos e os familiares serão orientados sobre o acesso ao atendimento prioritário na unidade e estimulados a promoção da socialização da pessoa idosa.

No eixo qualificação da prática clínica a equipe de saúde da unidade será capacitada para avaliar a rede social dos idosos.

Para mapear os idosos de área de abrangência, buscando encaminhar 100% dos idosos para avaliação de risco em saúde bucal.

No eixo organização e gestão do serviço, serão priorizados e encaminhados para atendimento os idosos de alto risco, como os usuários com higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão.

No eixo monitoramento e avaliação, serão monitorados periodicamente pela enfermeira os idosos de alto risco para saúde bucal identificados na área de abrangência.

No eixo engajamento público a comunidade, os familiares e os idosos serão orientados através de atividades educativas na comunidade sobre o risco para saúde bucal e suas consequências.

No eixo qualificação da prática clínica os profissionais de saúde da equipe serão capacitados para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

Para promover a saúde, buscando garantir orientação nutricional para hábito alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

No eixo organização e gestão do serviço, será realizado pela nutricionista do NASF orientação sobre orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

No eixo monitoramento e avaliação será monitorada pela enfermeira e nutricionista a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos acompanhados na unidade e serão monitorados também o número de idosos com obesidade e desnutrição.

No eixo engajamento público, a comunidade, idosos, familiares e cuidadores serão orientados através de atividades educativas e orientações durante as visitas domiciliares sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

No eixo qualificação da prática clínica a equipe de saúde da unidade será capacitada para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “dez passos para alimentação saudável e para orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e diabéticos.

Para promover a saúde, buscando garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos.

No eixo organização e gestão do serviço todos os membros da equipe serão responsáveis pela orientação para uma prática de atividade física regular.

No eixo monitoramento e avaliação será monitorada pela enfermeira a realização de orientação de atividade física regular a todos os idosos e monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

No eixo engajamento público, a comunidade e os idosos serão orientados através de atividades educativas e nas visitas domiciliares para uma prática de atividade física regular.

No eixo qualificação da prática clínica será capacitada a equipe de saúde da unidade para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Para promover a saúde, buscando garantir ações de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

No eixo organização e gestão do serviço, serão organizados temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal, será elaborada e programada uma sequência de ações de educação em saúde para divulgação.

No eixo monitoramento e avaliação, serão monitoradas pela enfermeira as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados.

No eixo engajamento público, a comunidade será informada através de atividades educativas na comunidade sobre a importância da participação nas atividades educativas.

No eixo qualificação da prática clínica, a equipe será capacitada para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal será identificado temas favoráveis para desenvolvimentos de orientações em níveis multiprofissionais.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos;

Meta 1.1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 50%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 1.2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 1.3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.4: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 1.4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 1.5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 1.6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Indicador 1.6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento)

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do idoso;

Meta 2.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 2.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;

Meta 3.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 3.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Indicador 3.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 3.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.4: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos.

Indicador 3.4: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.5: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 3.5: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações;

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 80% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência;

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.4: Encaminhar 100% dos idosos para avaliação de risco em saúde bucal.

Indicador 5.4: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrada na unidade de saúde com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Objetivo 6: Promover a saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática de atividade física regular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 6.3: Proporção de idosos com orientação individual em saúde bucal em dia.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrada na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir ações de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.4: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa saúde do idoso será adotado o Manual Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2010.

Utilizaremos também ficha espelho de registros para cada idoso cadastrado. Essa ficha irá dispor de todas as informações necessárias para acompanhamento das pessoas idosas como dados pessoais, de saúde, avaliação multidimensional rápida do idoso, dados clínicos, medicações em uso, risco para agravos e exames complementares. Utilizaremos ainda o livro para registrar o acompanhamento mensal que será organizado por microárea e já foi designado um agente administrativo e um técnico de enfermagem para ficar responsável pelo registro das informações. Os registros serão organizados em pastas de acompanhamentos mensais. Os instrumentos que serão utilizados, tanto a ficha espelho quanto o livro, será solicitado para a Secretaria Municipal de Saúde.

Para organizar os registros, serão revisados a ficha e o livro de registro para que possamos identificar todos os idosos com mais de três meses em atraso, hipertensos, diabéticos, idosos que realizaram avaliação multidimensional rápida, com carteira de idoso, com acompanhamento em dia, com avaliação de risco de morbimortalidade, com investigação de indicadores de fragilidade na velhice, com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular. O monitoramento das ações será mensalmente.

Será monitorada a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde de acordo com a periodicidade preconizada pelo protocolo do Ministério da Saúde, pelo menos mensalmente. A enfermeira será responsável pelo monitoramento das fichas espelhos e livro de registro para fazer o levantamento dos idosos faltosos e organizar a busca ativa.

Será realizado o cadastramento na unidade através dos agentes administrativos quando o idoso chegar para consulta e através dos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares. O acolhimento inicial será realizado através dos técnicos de enfermagem quando o idoso comparecer na unidade para consulta médica e de enfermagem e se estenderá aos outros profissionais.

A comunidade será informada sobre a existência do programa de atenção à saúde do idoso e a importância do acompanhamento periódico. Serão realizadas atividades educativas quinzenais na comunidade e orientações durante as visitas domiciliares dos ACS, médico e enfermeiro.

Será realizada capacitação para a equipe que atua na unidade para um acolhimento adequado dos idosos que não estão realizando acompanhamento em

nenhum serviço. As capacitações serão realizadas na USF Maguary mensalmente no período da tarde. O método utilizado será aula expositiva, data show, material impresso e cartazes.

Serão monitorados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e acompanhados regularmente. Esse monitoramento será realizado pela enfermeira uma vez por semana. A comunidade será informada sobre a existência do programa de atenção ao idoso que funciona na unidade de saúde, serão realizadas atividades educativas quinzenais e divulgação diariamente pelo agente comunitário de saúde durante as visitas domiciliares. Os agentes comunitários de saúde serão capacitados na USF Maguary na primeira semana da intervenção no período da tarde para que eles possam realizar o cadastramento dos idosos acamados e com problemas de locomoção.

Será organizada agenda semanal para realizar visita domiciliar a idosos acamados e com problemas de locomoção. Essas visitas serão agendadas pelos agentes comunitários de saúde e as visitas serão realizadas pelos ACS, técnico de enfermagem, médica, enfermeira, psicóloga, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta. Será monitorada a realização das visitas domiciliares para idosos acamados ou com problemas de locomoção. Esse monitoramento será realizado pela enfermeira mensalmente. A comunidade será orientada sobre os casos que devem ser solicitado a visita domiciliar e sobre a disponibilidade da visita para idosos acamados e com problemas de locomoção. Essa orientação será repassada diariamente através das visitas domiciliares do agente comunitário de saúde. Os agentes comunitários de saúde serão orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e serão orientados também para reconhecer os casos que necessitam de visita domiciliar.

Será melhorado o acolhimento dos idosos portadores de HAS e garantido material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica). Serão monitorados os idosos submetidos a rastreamento anual para HAS. Esse monitoramento será realizado pela enfermeira. A comunidade será orientada sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e da importância sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS. Essa orientação ocorrerá através

de atividades educativas quinzenais na unidade e através de orientação na visita domiciliar do ACS. As técnicas de enfermagens da unidade de saúde serão capacitadas para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito.

Serão monitorados os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento anual para DM. Esse monitoramento será realizado pela enfermeira. A comunidade será orientada sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS e será orientada também sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Essa orientação ocorrerá através de ações de educação em saúde quinzenais na unidade e através de orientação na visita domiciliar do ACS. As técnicas de enfermagens da unidade de saúde serão capacitadas para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS.

Serão organizadas visitas domiciliares dos ACS para buscar os idosos faltosos e será organizada a agenda médica e de enfermagem para acolher os idosos provenientes das buscas ativas domiciliares. Será monitorado pela enfermeira mensalmente o cumprimento das consultas previstas no protocolo adotado pela unidade para atendimento aos idosos. A comunidade será informada e orientada através de atividades educativas e nas visitas domiciliares dos ACS sobre a importância da realização das consultas e do cumprimento da realização periódicas das consultas preconizadas. Os ACS serão capacitados para a orientação de idosos quanto à realização das consultas periódicas e será definido com a equipe que as consultas serão mensais.

Serão garantidos os recursos necessários (balança, antropômetro e tabela de Snellen, impressos) para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos. A avaliação antropométrica será realizada pelas técnicas de enfermagem e avaliação clínica com a enfermeira e a médica. Será monitorada anualmente pela enfermeira a realização da Avaliação Multidimensional Rápida em nos idosos acompanhados na unidade de saúde. A comunidade será orientada sobre a importância deste tipo de avaliação e do tratamento oportuno das limitações para um envelhecimento saudável e será compartilhada com os idosos e familiares às condutas esperadas em cada consulta. Serão capacitados os técnicos de

enfermagem para o atendimento dos idosos conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Será capacitado também médicos e enfermeira para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e encaminhamentos adequados dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.

Serão realizados os exames clínicos apropriados pelas médicas e enfermeira em todos os idosos hipertensos e diabéticos. Será realizada busca ativa pelo os ACS dos idosos que não realizaram o exame clínico apropriado. Será organizada a agenda para acolher os idosos da busca ativa e será garantida a referencia e contra referência de idosos que apresentarem alterações neurológicas ou circulatórias nas extremidades. Será monitorada pela enfermeira a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade. A comunidade será orientada através de atividade educativa e orientação durante as visitas domiciliares da equipe sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades e avaliados periodicamente. Será capacitada a médica e enfermeira para a realização do exame clínico apropriado nos idosos hipertensos e diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos durante as consultas.

Será garantido a solicitações e realizações dos exames complementares. Será monitorado o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. A comunidade será orientada através de atividade educativa e nas visitas domiciliares da equipe sobre a necessidade da realização dos exames complementares periódicos. A equipe de saúde da unidade será capacitada para verificar e analisar os idosos que não estão com exames complementares em dia.

Será realizado o controle de estoque e mantido o registro das necessidades dos medicamentos utilizados pelos hipertensos e diabéticos que fazem acompanhamentos na unidade. Esse controle será realizado pela técnica responsável pela farmácia. Será monitorado mensalmente pela enfermeira o acesso dos usuários aos medicamentos para HAS e DM. A comunidade será orientada através de ações de educação em saúde e orientação na visita domiciliar sobre o direito ao acesso gratuito das medicações nas Farmácias populares e no Programa HAS e DM. Os profissionais de saúde que atuam na unidade serão atualizados quanto ao tratamento da hipertensão e da diabetes e serão capacitadas para

orientar a comunidade sobre os direitos de acesso as medicações gratuitamente e as alternativas para obter essas medicações.

Será implantada ficha espelho e será utilizado o livro de registro para acompanhamento dos atendimentos aos idosos. Esses registros serão de responsabilidade de uma agente administrativa e uma técnica de enfermagem. Esta última será responsável também por fazer o monitoramento dos registros verificando aqueles usuários que em atraso nos seus acompanhamentos. O monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde será realizado pela enfermeira. Os usuários e seus familiares serão orientados nas visitas domiciliares sobre os seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se houver necessidade. A equipe da unidade de saúde será capacitada para realizar o preenchimento adequado de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos cadastrados.

Serão solicitadas ao gestor municipal as cadernetas de saúde da pessoa idosa para distribuição na unidade. Será monitorado pela enfermeira o preenchimento e registros na caderneta da pessoa idosa. Os idosos e seus familiares serão orientados sobre a importância de portar sempre a caderneta de saúde da pessoa idosa, principalmente quando for buscar atendimento de saúde em qualquer nível de atenção. A equipe será capacitada para o preenchimento adequado da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Será priorizado o atendimento dos idosos de maior risco de mortalidade. Serão monitorados pela médica e a enfermeira o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência da unidade. Os idosos e seus familiares através dos profissionais da equipe o seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Toda equipe de saúde da unidade será capacitada para identificar e registrar os fatores de risco para morbimortalidade dos idosos.

Será priorizado o atendimento dos idosos fragilizados na velhice. Serão monitorados pela médica e a enfermeira o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice na unidade. Os idosos fragilizados e seus familiares serão orientados sobre a importância do acompanhamento mais

frequente. Os profissionais de saúde da unidade serão capacitados para identificar e registrar os indicadores de fragilização na velhice.

Será facilitado o agendamento de consultas e as visitas domiciliares dos idosos com rede social deficiente. Será monitorada pela enfermeira a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados e monitorados aqueles com rede social deficiente. A comunidade, os idosos e os familiares serão orientados sobre o acesso ao atendimento prioritário na unidade e estimulados a promoção da socialização da pessoa idosa. A equipe de saúde da unidade será capacitada para avaliar a rede social dos idosos.

Serão monitorados periodicamente pela enfermeira os idosos de alto risco identificados na área de abrangência. Serão priorizados e encaminhados para atendimento os idosos de alto risco, como os usuários com higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão. A comunidade, os familiares e os idosos serão orientados através de atividades educativas na comunidade sobre o risco para saúde bucal e suas consequências. Os profissionais de saúde da equipe serão capacitados para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

Será realizada pela nutricionista do NASF orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Será monitorada pela enfermeira e nutricionista a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos acompanhados na unidade e serão monitorados também o número de idosos com obesidade e desnutrição. A comunidade, idosos, familiares e cuidadores serão orientados através de atividades educativas e orientações durante as visitas domiciliares sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. A equipe de saúde da unidade será capacitada para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “dez passos para alimentação saudável” e para nutrição específica para o grupo de idosos hipertensos e diabéticos.

Todos os membros da equipe serão responsáveis pela orientação para uma prática de atividade física regular. Será monitorada pela enfermeira a realização de orientação de atividade física regular a todos os idosos e monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular. A comunidade e os idosos serão orientados através de atividades educativas e nas visitas domiciliares para uma

prática de atividade física regular. Será capacitada a equipe de saúde da unidade para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Para que o trabalho aconteça e tenha um resultado satisfatório à equipe precisará ser treinada. Para isso, capacitaremos a equipe para trabalhar de acordo com o Manual Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa Ministério da Saúde, 2010 que recebemos recentemente do Ministério da Saúde para que possamos ter uma referência para prestar uma atenção melhor à saúde do idoso. A capacitação acontecerá na própria unidade no período da tarde e precisaremos de data show e cartolinas. Convidaremos a coordenadora da atenção à saúde do idoso que está sendo implantada no município. A capacitação será realizada na unidade.

Os cadastramentos dos idosos serão realizados na área pelo Agente Comunitário de Saúde através de uma ficha que já existe na unidade para cadastro do idoso e esse cadastro será acompanhado e checado pela enfermeira. O acolhimento será humanizado no comparecimento do idoso na unidade, onde terão resolutividade para suas necessidades e esse acolhimento será realizado pelas Técnicas de Enfermagem e pelas Agentes Administrativas.

A equipe esclarecerá a comunidade sobre a importância do acompanhamento regular da pessoa idosa para que eles possam ter uma boa qualidade de vida. Essa divulgação ocorrerá através do trabalho do próprio ACS na área. Solicitaremos carro som, divulgaremos na rádio comunitária e atividades educativas na unidade e igrejas.

A equipe da unidade já tem conhecimento sobre o foco da intervenção que já foi discutido e estão apreensivos para iniciar o trabalho. O monitoramento regular da ação será através da ficha espelho e do livro, quando será verificada a quantidade de idosos que vieram as consultas e os faltosos que terão que ser resgatados através da busca ativa. A busca ativa será realizada presencialmente no domicílio pelo Agente Comunitário de Saúde.

Serão monitoradas pela enfermeira as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados, as ações ocorrerão na unidade e serão desenvolvidas também na comunidade e nas microáreas. Serão organizados temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal. Será elaborada e programada uma sequência de ações de educação em saúde para divulgação. A comunidade será informada através de atividades educativas na

Monitoramento da intervenção																	
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Figura 1: Cronograma das atividades de intervenção na USF Maguary, Benevides-PA

2. Relatório da intervenção

Na atualidade o Brasil apresenta um grande número de idosos. Isso ocorre por causa de mudanças em alguns indicadores de saúde, como podemos ver a população está envelhecendo mais e com isso vem crescendo as necessidades de se prestar uma assistência qualificada para essa população específica com a finalidade de reduzir incapacidades e dependências.

Na USF Maguary onde trabalho não existia nenhum trabalho direcionado só para os idosos. Os idosos que tinham um acompanhamento regular só eram aqueles que pertenciam ao grupo de HAS e DM, os idosos saudáveis não tinham um acompanhamento regularmente, por isso decidimos realizar nossa intervenção direcionada a atenção à saúde da pessoa idosa. Durante 16 semanas realizamos atividades relacionadas a oferecer uma assistência qualificada para nossos idosos a fim de evitar a incapacidade dos mesmos para que eles possam continuar independentes por muito mais tempo.

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Durante quatro meses estivemos realizando ações para a implementação do programa de atenção a saúde do idoso na USF Maguary, iniciamos as atividades com a capacitação da equipe para desenvolver as atividades de intervenção durante o período.

Realizamos o cadastro dos idosos residentes na área de abrangência da unidade, esses cadastros foram realizados no domicílio pelo ACS na visita domiciliar e na unidade pela agente administrativa e técnica de enfermagem, foi tranquilo esse processo, sem nenhum problema, a equipe colaborou bastante.

Realizamos cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Essa ação foi desenvolvida pelo os ACS durante a visita domiciliar e todos os idosos cadastrados receberam visita domiciliar realizada pela equipe multiprofissional, incluindo médica, enfermeira e equipe do NASF, onde foi realizadas todas as avaliações. As principais dificuldades enfrentadas durante essa ação foi à falta de transporte para realizar as visitas domiciliares nas áreas mais

distantes e a falta de colaboração da profissional médica, mas tivemos a gratificação de os idosos e seus familiares satisfeitos com o nosso trabalho.

Realizamos verificação de pressão arterial na última consulta dos idosos no atendimento domiciliar da médica e da enfermeira e no atendimento na unidade, após o acolhimento a técnica de enfermagem faziam a verificação da pressão arterial, sendo que no terceiro mês de intervenção não houve o alcance da meta por falta de registro na ficha espelho. A falta de registros de alguns procedimentos foi uma das maiores dificuldades encontradas durante esse processo, mas conseguimos contornar a situação e no último mês alcançamos a meta.

Realizamos rastreamento para diabetes nos idosos hipertensos para essa solicitamos materiais suficiente para fazer o rastreamento de todos os idosos cadastrados e as técnicas de enfermagem fez esse rastreamento no domicílio e na unidade, foi uma ação bem aceita pelos idosos e seus familiares, a equipe colaborou bastante para a realização da ação, por isso não tivemos dificuldades para realizá-la. A enfermeira fazia avaliação das ações e verificava os idosos faltosos e conversava com os ACS e repassava a importância de fazer a busca desses idosos que faltaram à consulta programada e eles realizaram a busca ativa pelos ACS e que reagendaram a consulta. Os ACS foram fundamentais para o alcance da meta, pois se empenharam muito para a realização dessa atividade, a principal dificuldade dessa ação foi a falta de colaboração da profissional médica na ação.

Realizamos avaliação multidimensional rápida nos idosos cadastrados e acompanhados. Esta ação foi realizada por mim, pela médica e pelos profissionais do NASF durante o atendimento, onde utilizamos a ficha disponibilizada pelo manual do Ministério da Saúde e seguimos aquele roteiro para avaliação, a ação teve uma boa aceitação por parte dos idosos e não tivemos nenhuma dificuldade para realizar essa ação.

Realizamos exame clínico apropriado em dia nos idosos, foram avaliados quanto à sensibilidade nos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, ação realizada durante o atendimento domiciliar e atendimento na unidade. Não houve alcance da meta por falta de registros dos procedimentos realizados pela profissional médica, essa falta de registro foi a principal dificuldade enfrentada durante a intervenção, porém a ação foi bem aceita pelos idosos.

Os idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes com solicitação de exames complementares, essas solicitações foram realizadas durante o atendimento domiciliar e na unidade, não houve um bom alcance de meta, por falha nos registros. Realizamos o agendamento dos idosos com a primeira consulta odontológica programática, durante o atendimento foram avaliados e selecionados aqueles que estavam com mais necessidades para ser encaminhado para o atendimento que é realizado uma vez na semana em outra unidade. A ação também teve baixa cobertura. Não alcançamos a meta por falta da equipe de saúde bucal na unidade, e pelo número reduzido de fichas de atendimentos odontológicas disponibilizadas semanalmente para equipe. Os idosos cadastrados tiveram acesso a medicamentos prescritos teve uma boa cobertura, durante a consulta médica era prescrita a medicação para o idoso que era oferecido ao usuário na própria unidade, não houve alcance de 100% por que tivemos problemas de atraso na distribuição de medicamentos na unidade com isso houve prejuízo na distribuição de medicamentos para os idosos cadastrados. Houve uma cobertura razoável dos idosos tiveram a avaliação da mucosa bucal, ação realizada pela médica e enfermeira durante o atendimento domiciliar e na unidade, não houve o alcance de 100% por falta da equipe de saúde bucal. Essa avaliação foi realizada pela médica e enfermeira, difícil para equipe não possuir uma equipe de saúde bucal, pois temos que temos que fazer o trabalho de competência de outros profissionais.

Todos os idosos cadastrados tiveram o registro na ficha espelho essa foi realizada pela técnica de enfermagem e agente administrativa os dados eram tirados do prontuário e da ficha de avaliação multidimensional, durante o período da intervenção tivemos algumas dificuldades porque os profissionais deixavam de registrar alguns procedimentos. A cobertura de idosos cadastrados que receberam a caderneta de saúde do idoso foi boa, foi distribuídas as cadernetas para os ACS realizar o preenchimento e distribuir para os idosos de suas microáreas, não houve alcance de 100% porque a secretaria de saúde não forneceu a quantidade de caderneta suficiente para a quantidade de idosos cadastrados.

Todos os idosos foram avaliados para risco de morbimortalidade, esta ação foi realizada durante os atendimentos na unidade e nos atendimentos domiciliares, quando a equipe multiprofissional avaliava o risco de cada um, não tivemos nenhum problema para realizar essa ação. Os idosos cadastrados foram avaliados para

fragilização na velhice em dia ação realizada durante os atendimentos na unidade e nos domicílios, a única dificuldade foi à falta de registro por parte da profissional médica.

Avaliamos os idosos para rede social, onde realizamos atividades em grupo e com os familiares, ação realizada durante os atendimentos na unidade e nos domicílios. Tivemos uma colaboração muito grande por parte da equipe do NASF, nossa maior dificuldade foi à falta de registro e a adesão da profissional médica a ação.

Encaminhamos os idosos para avaliação de risco em saúde bucal, foi realizada uma avaliação prévia pela médica e enfermeira e aqueles com maior risco foram encaminhados, houve um atendimento reduzido por falta de equipe de saúde bucal e quantidade reduzida de fichas para atendimentos semanais. Os idosos receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis durante os atendimentos individualizados no consultório e no domicílio e atividade de grupo realizada pela equipe da USF e do NASF, o mesmo percentual foi para os idosos receberam orientação sobre atividade física regular, além de realizar as orientações durante os atendimentos individualizados e de grupos, realizamos caminhadas e atividades física na academia da saúde, os atendimentos foram realizados pela equipe na unidade e no domicílio. A principal dificuldade foi à falta de registro por parte da médica, os idosos tiveram a participação em ações coletivas de educação em saúde bucal, essas ações foram realizadas pela equipe durante atividade de grupo na unidade e na comunidade, a equipe não existe equipe de saúde bucal, nenhum idoso recebeu visita domiciliar odontológica, tratamento odontológico concluído e nem teve avaliação para a necessidade de prótese bucal em dia por falta da equipe de saúde bucal na unidade.

Durante período de intervenção contamos com o empenho de toda a equipe da USF Maguary, foi o que contribuiu bastante para o sucesso da intervenção, foram 16 semanas de dedicação e compromisso, onde foram realizados cadastros, acolhimentos, atendimentos clínicos, buscas ativas, visitas domiciliares, atividades educativas, formação de grupo, encaminhamento para atendimento odontológico.

Durante todo o período tivemos facilidades e dificuldades. As facilidades da intervenção foi poder contar com o empenho da equipe, a aceitação da comunidade e o resgate dos idosos para unidade. Contamos também com muitas dificuldades,

dentre elas, a falta de estrutura e de suporte para desenvolver algumas atividades, a falta de uma equipe de saúde bucal na unidade, a grande rotatividade de médicos, profissionais sem perfil para o serviço de atenção básica. Das ações propostas no projeto tiveram algumas que foram desenvolvidas integralmente, outras parcialmente como algumas relacionadas à saúde bucal que tiveram que ser desenvolvidas pela equipe da unidade por falta da equipe de saúde bucal e teve ações que não foram desenvolvidas que foi aquelas que só poderia ser realizadas pela equipe de saúde bucal.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as dificuldades encontradas e descrevendo os motivos pelos quais estas atividades não foram realizadas.

As ações que não foram desenvolvidas são aquelas foram àquelas relacionadas com a saúde bucal pelo fato da unidade não possuir essa equipe. As ações que não foram realizadas foram às visitas domiciliares odontológica aos acamados, tratamento odontológico concluído e a necessidade de prótese bucal em dia. Solicitamos ajuda das coordenações de saúde bucal e programa de saúde do idoso e não obtivemos nenhum retorno. O que dependia da equipe foi realizado, que foram as atividades de educação sobre higiene bucal e avaliação.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Com relação à coleta de dados não tive nenhuma dificuldade. Tive dificuldade com a sistematização pelo fato da unidade não dispor de computador para digitalizar os dados nas planilhas. Para o registro das informações utilizamos a ficha espelho fornecida pelo curso e o livro de registro para os idosos cadastrados. Os agentes comunitário de saúde cadastraram os idosos utilizando as fichas espelhos e a agente administrativo preenchia o livro de registro. Esses registros foram muito importantes para o monitoramento das ações. Os dados coletados foram digitados nas planilhas de dados do curso que já calculava os indicadores da intervenção. Não tive nenhuma dificuldade em trabalhar com as planilhas. Nossa maior dificuldade foi à falta de computador na unidade para estar registrando os dados da intervenção e a parte mais gratificante desta ação foi o empenho da equipe no desenvolvimento das ações.

3.4 Análises da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

As ações da intervenção já estão incorporadas à rotina da unidade no programa de saúde do idoso, onde os idosos continuam sendo cadastrados e avaliados e aqueles cadastrados durante a intervenção continuam recebendo atendimento regular com as orientações do programa. A equipe continua envolvida com as ações, reconhecendo a importância para a prevenção de complicações para essa parcela da população que merece ter uma boa assistência para melhorar sua qualidade de vida.

A intervenção foi muito boa e teve um papel muito importante para o município de Benevides principalmente para a população do bairro Maguary onde fica localizada a unidade. Essa população foi beneficiada com as ações da intervenção que pôde proporcionar um grande aprendizado para toda equipe que atua na unidade e para a comunidade contribuindo para melhorar a qualidade do serviço.

Pretendemos expandir a intervenção para outros programas que são desenvolvidos na unidade. Primeiramente vamos trabalhar os programas de saúde da criança e de acompanhamento do pré-natal. Já começamos utilizar a ficha espelho do curso e depois expandiremos para os outros programas, pretendemos utilizar as mesmas planilhas fornecidas pelo curso.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria na qualidade da atenção da saúde da pessoa idosa que residem na área de abrangência da unidade. Na área adstrita da USF Maguary possui 374 idosos, a intervenção focalizou a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade, ao final da intervenção obtivemos uma cobertura de 50%.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 50%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

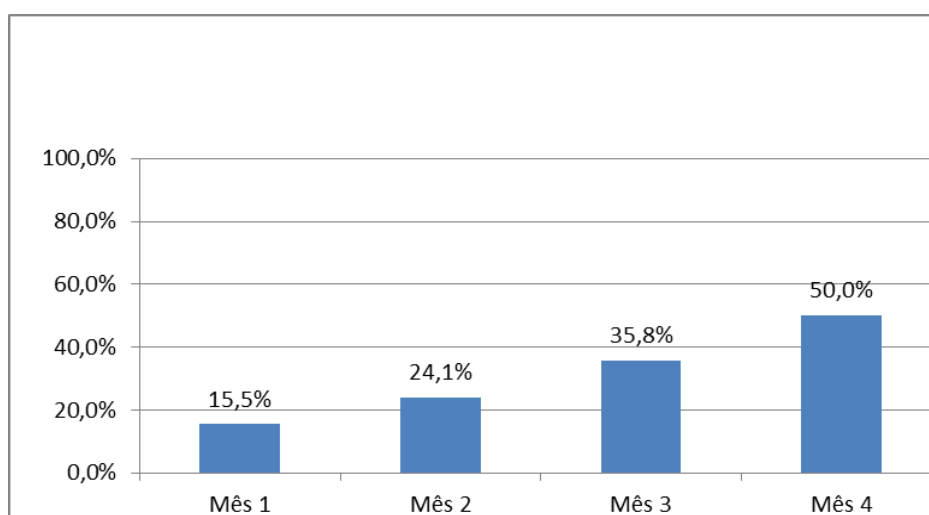


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na USF Maguary, Benevides, PA.

De acordo com a figura 2, a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na USF Maguary durante os quatro meses de intervenção passou para 50%, sendo que antes da intervenção atingíamos apenas a faixa de 31%. Foram cadastrados 189 idosos no período, sendo que no primeiro mês foram cadastrados 58 idosos (15,5%), segundo mês 90 idosos (24,1%), terceiro mês 134 (35,8%) e quarto mês 189 o equivalente a (50%). A intervenção teve uma boa adesão e alcançou a meta proposta.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 1.2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

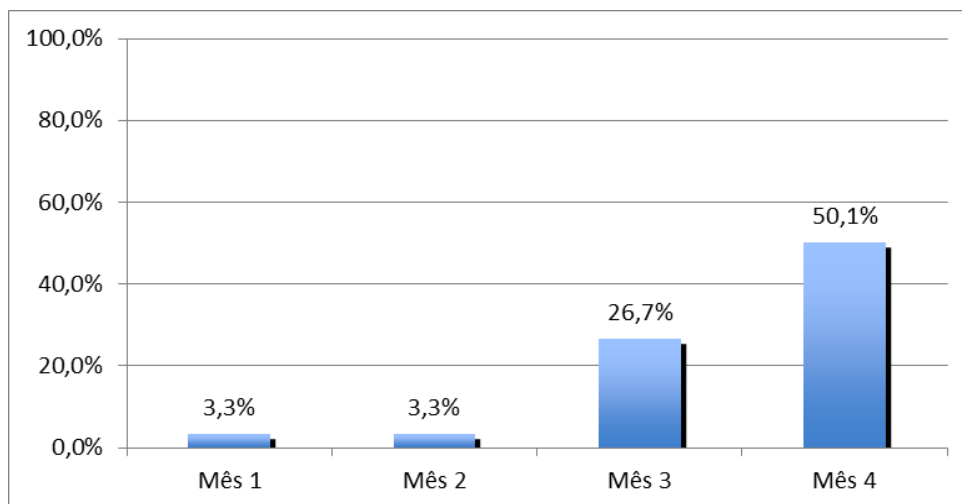


Figura 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastradas na USF Maguary, Benevides, PA.

A figura 3 apresenta o cadastro dos idosos acamados e com problemas de locomoção da USF Maguary. Podemos observar que no primeiro e segundo mês cadastramos um idoso (3,3%), terceiro mês oito (3,3%) e no quarto mês foram cadastrados 15 idosos o equivalente a (50,1%). A principal dificuldade enfrentada na execução dessa ação foi à falta de transporte para realizar as visitas nas áreas distantes. No entanto foi maravilhoso ver a gratidão dos idosos e seus familiares quando chegávamos para a visita no domicílio.

Meta 1.3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 1.3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Os idosos acamados residentes na área de abrangência da unidade receberam visitas e atendimento domiciliar em 100,0%. Conforme realizamos o cadastro, realizamos as visitas mensais aos idosos cadastrados. Conseguindo atingir os 15 idosos acamados e com problemas de locomoção residentes na área de abrangência da unidade, no 1º e 2º mês 1(100,0%), 3º mês 8(100,0%) e 4º 15 o equivalente a (100,0%). A intervenção teve uma boa cobertura nesse item e os pontos fortes foram à boa receptividade da equipe no domicílio pelos idosos e seus familiares, a maior dificuldade nesta ação foi à falta de colaboração de algumas

profissionais médicas que passou pela unidade, mesmo alcançando a meta sentimos essa dificuldade.

Meta 1.4: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 1.4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

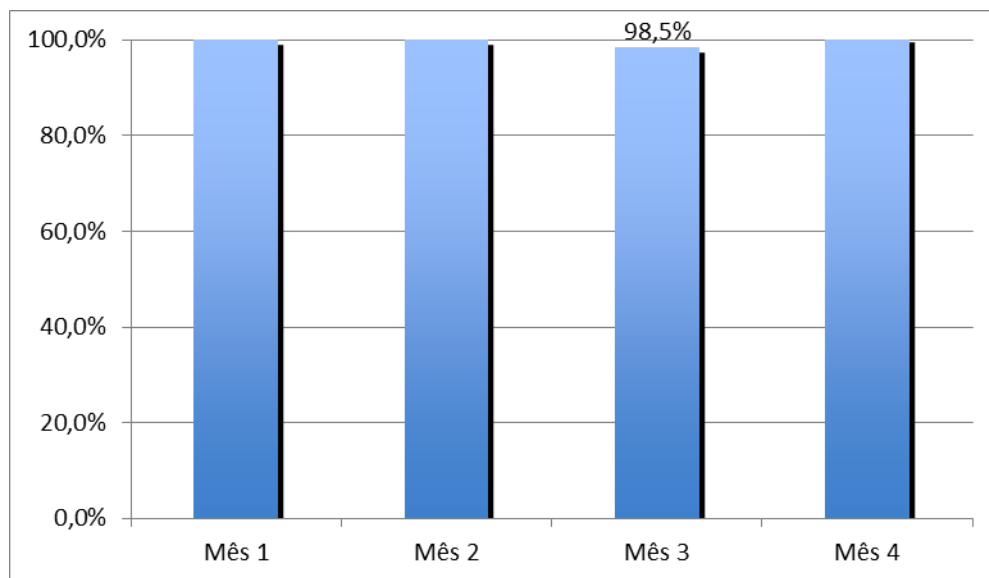


Figura 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na USF Maguary, PA.

Conforme a figura 4, todos os idosos rastreados para hipertensão arterial, durante o primeiro mês foram rastreados 58 idosos (100%), no segundo mês 90 idosos (100%), no terceiro mês 132 idosos (98,5%) e no quarto mês 188 idosos (100,5%). Verificamos a pressão arterial de quase todos os idosos mensalmente, porém no terceiro mês não houve o alcance de 100% por falta de registro na ficha espelho, porque todos os idosos que passam na unidade para tem a verificação da pressão arterial.

Meta 1.5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 1.5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg para diabetes mellitus foram todos rastreados para diabetes. No primeiro e segundo mês foram rastreados sete idosos representando (100%), no terceiro mês 12 idosos (100%) e quarto mês 18 idosos o equivalente a (100%). Estas ações foram de fácil realização, pois a equipe colaborou bastante para o sucesso.

Meta 1.6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 1.6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

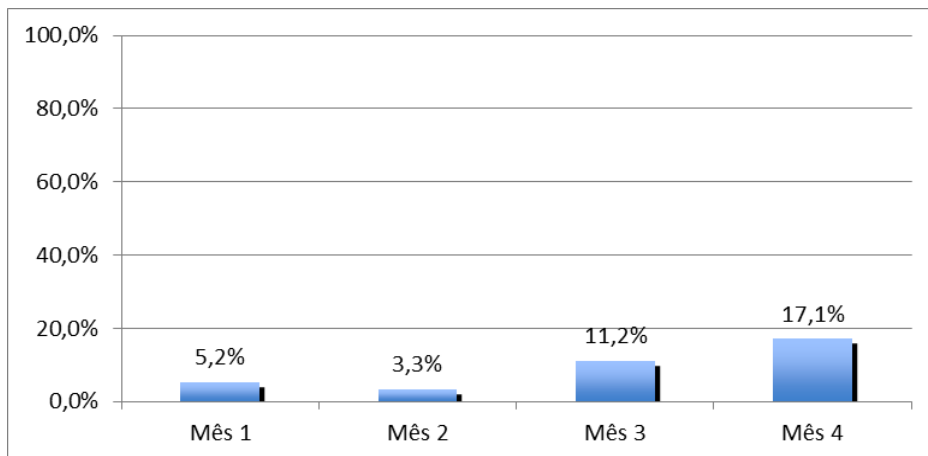


Figura 5: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, Benevides PA..

Figura 5 representa a proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática. Idosos com a primeira consulta odontológica programática. No primeiro e segundo mês foram encaminhadas para consulta odontológica três idosos (5,2% e 3,3%), respectivamente), no terceiro mês 15 idosos (11,2%) e quarto mês 32 idosos, o equivalente a 17,1%. A USF Maguary não obteve uma boa cobertura em consulta odontológica porque não possui equipe de saúde bucal. Os usuários são encaminhados para outra unidade uma vez na semana, quando tem atendimento e temos uma quantidade reduzida de vagas. O que conseguimos organizar, dentro das possibilidades de atendimento da equipe odontológica, foi encaminhar nossos usuários para atendimento no centro odontológico. Tentamos conseguir apoio da equipe odontológica, oferecendo um número maior de vagas para a nossa UBS, porém não obtive nenhuma resposta para a minha solicitação. Quanto aos idosos encaminhados para consulta odontológicas, não tivemos nenhum controle dos faltosos, porque não existe comunicação entre a equipe de saúde bucal e a equipe da unidade.

Objetivo 2: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do idoso;

Meta 2.2: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 2.2: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Novamente conseguimos alcançar 100% deste indicador, pois contamos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde que tiveram participação fundamental para o sucesso da intervenção e o alcance das metas. Todos os idosos que faltaram a consulta programática receberam busca ativa. No primeiro mês de intervenção foram realizadas a busca ativa de 3 idosos (100%), segundo mês 15 idosos (100%), terceiro mês 38 idosos (100%) e no quarto mês 52 idosos, o que equivale a (100%). Como fatores dificultadores podemos destacar a falta de colaboração da profissional médica em algumas ações.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;

Meta 3.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 3.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

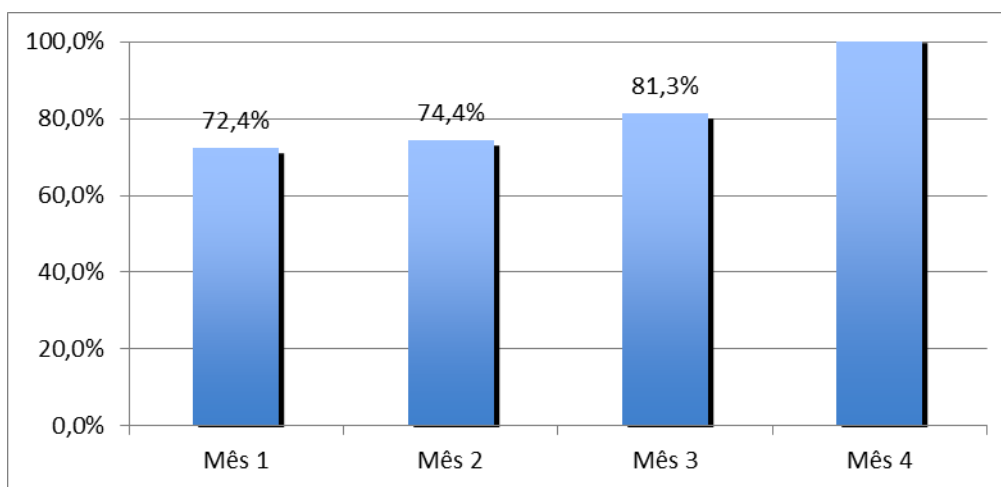


Figura 6: Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia Bnevides, PA.

Figura 6 representa a proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia. Idosos cadastrados que receberam avaliação multidimensional atingimos gradualmente 100% deles. No primeiro mês de intervenção foram avaliados 42 idosos (72,4%), segundo mês 67 (74,4%), terceiro mês 109 idosos (81,3%) e quarto mês 187 idosos, o que equivale a (100%). A ação foi bem aceita pelo idosos e o que fez com que alcançassemos a meta sem nenhuma dificuldade.

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Indicador 3.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

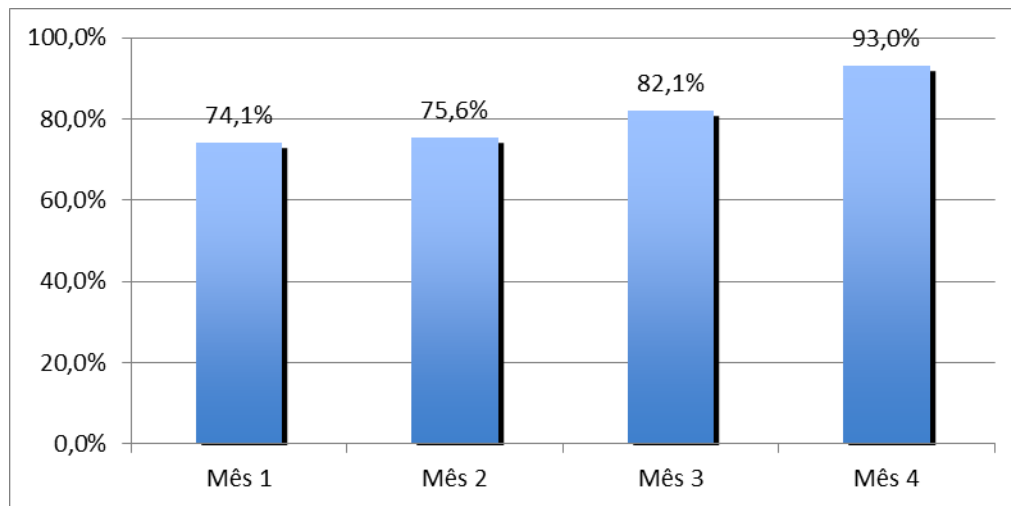


Figura 7: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia Benevides, PA.

A figura 7 mostra os idosos cadastrados que realizaram o exame clínico apropriado. No primeiro mês foram examinados 43 idosos (74,1%), no segundo mês 68 idosos (75,6%), terceiro mês 110 idosos (82,1%) e no quarto mês foram examinados 174 idosos, o equivalente a 93%. Nesse item não houve alcance de 100% porque tivemos uma profissional médica que passou pela unidade, que não realizava o procedimento porque tivemos uma boa ação, mas percebemos que não havia registro do procedimento realizado, então não é possível saber se os 7% dos usuários tiveram ou não o exame clínico apropriado.

Meta 3.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 3.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

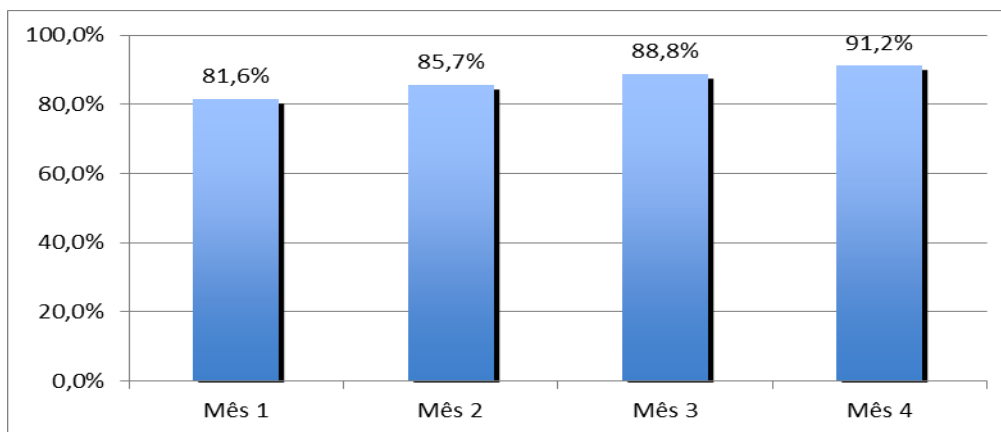


Figura 8: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia Benevides,PA.

Figura 8 representa a proporção de idosos e/ ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Idosos com exames complementares em dia, no primeiro mês 40 (81,6%) idosos tiveram solitação de exames, no segundo mês 60 idosos (85,7%), terceiro mês 79 idosos (88,8%) e quarto mês 103 idosos, o equivalente a 91,2%. Neste item não houve alcance de 100% por falta de registro da profissional médica que estava atuando na unidade e não registrava os procedimentos realizados, o que dificultou bastante a intervenção. Como a profissional não registrava o procedimento na ficha espelho, não foi possível saber se os 8,8% foi solicitado ou não. A falta de registro é um problema sério que atrapalha qualquer ação.

Meta 3.4: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos.

Indicador 3.4: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

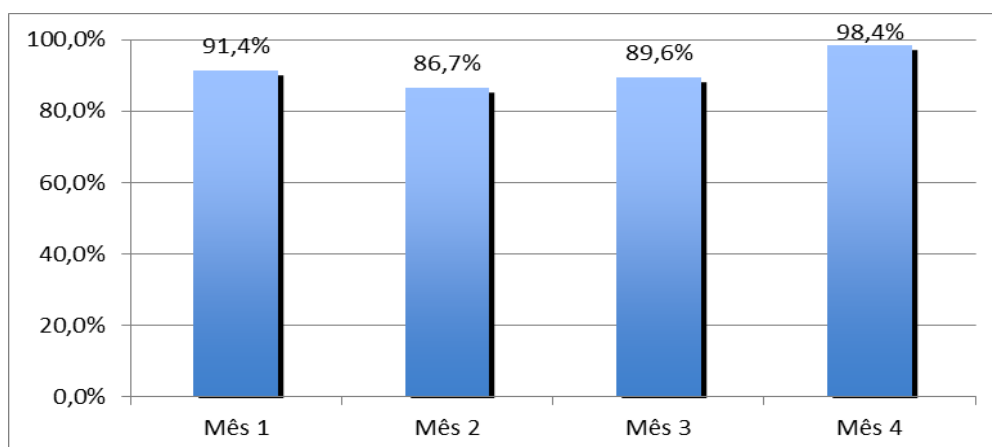


Figura 9: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos Benevides, PA.

Figura 9 representa a proporção de idosos que tiveram acesso aos medicamentos prescritos. No primeiro mês 53(91,4%), no segundo mês 78 idosos (86,7%), no terceiro mês 120 idosos(89,6%) e no quarto mês 184 idosos o equivalente a 98,4%. Não houve alcance de 100% pois no período do segundo para o terceiro mês houve um atraso na entrega dos medicamentos básicos na unidade. Nossa maior dificuldade foi no período que estávamos sem a medicação na unidade. No entanto conseguimos repassar para a Secretaria de Saúde a importância de manter a farmácia sempre abastecida com os medicamentos básicos, porque é direito do usuário.

Meta 3.5: Avaliar alterações de mucosa bucal em 60% dos idosos cadastrados.

Indicador 3.5: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

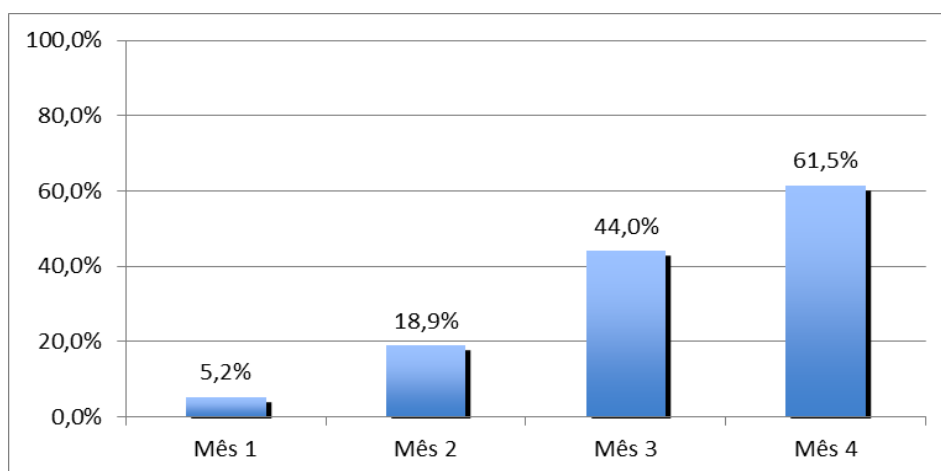


Figura 10: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia Benevides, PA.

Figura 10 representa a proporção de idosos com avaliação de alterações da mucosa oral, para possibilitar uma melhor qualidade no atendimento em saúde bucal, já que não possuímos ESB, realizando minimamente a avaliação da mucosa bucal de acordo com as orientações do protocolo de atenção a saúde do idoso, favorecendo para a identificação e prevenção de lesões. No primeiro mês três (5,2%) idosos foram avaliados, segundo mês 17(18,9%) idosos, terceiro mês 59 (44,0%) idosos e quarto mês 115 idosos o equivalente a 61,5%. Avaliação da mucosa oral dos idosos foi crescendo no decorrer da intervenção. Não temos equipe de saúde bucal a avaliações foram realizadas pelas médicas e enfermeira. Não houve alcance de 100% porque tivemos profissionais que não realizaram o

procedimento, mas alcançamos a meta proposta no projeto que era de 60%. No início da intervenção realizamos poucas avaliações da mucosa oral do idoso por falta do profissional de saúde bucal. A partir do segundo mês a médica e a enfermeira resolveram realizar esse serviço sem a presença desse profissional, por isso houve um aumento de avaliações no decorrer da intervenção.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações;

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registros na ficha espelho em dia.

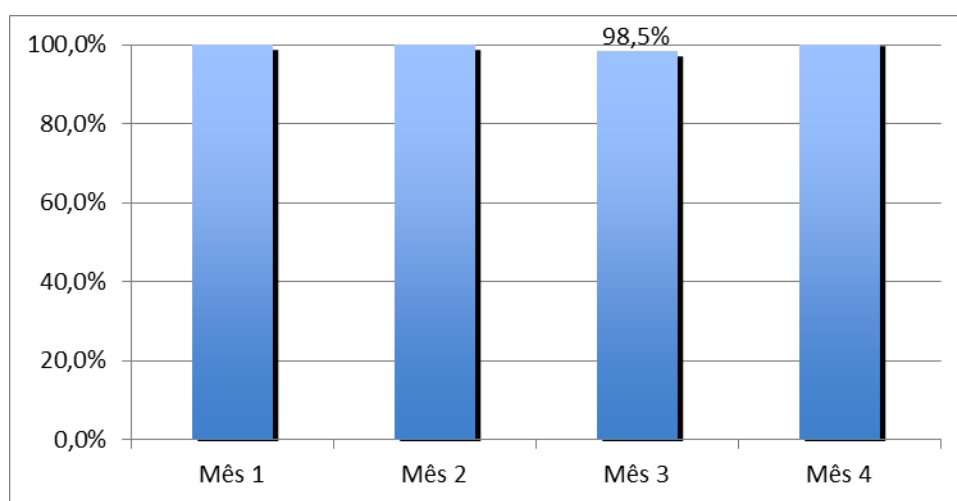


Figura 11: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia Benevides, PA.

Figura 11 representa a proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Idosos com registros na ficha espelho em dia, no primeiro mês 58(100,0%) idosos, no segundo mês 90(100,0%) idosos, no terceiro mês 132(98,5%) e no ultimo mês 189 (100,0%). Nossa maior dificuldade nesta ação foi fazer com os outros profissionais envolvidos na intervenção registrassem os procedimentos realizados, porém obtivemos o apoio da técnica de enfermagem que esteve começou nos ajudar com os registros.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 80% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

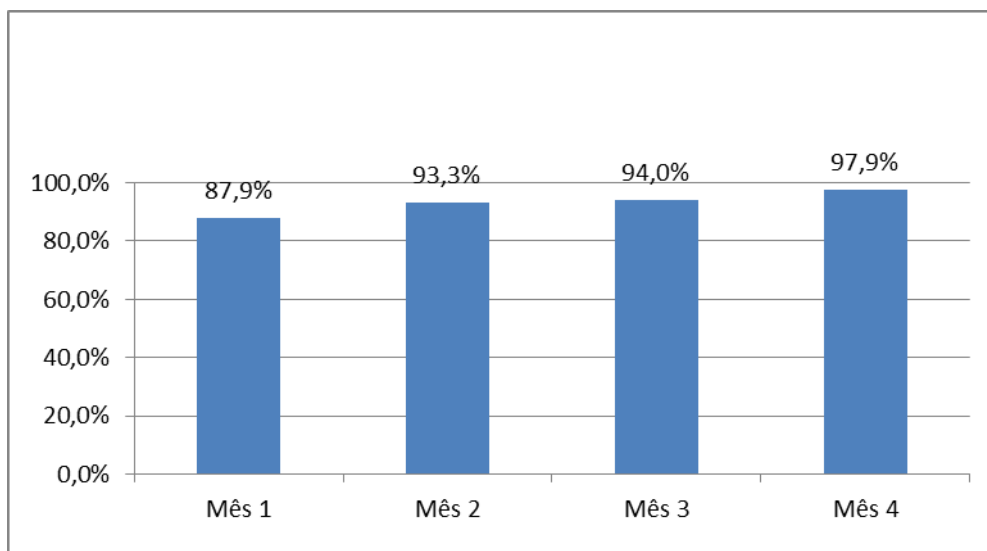


Figura 12: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
Benevides, PA.

A figura 12 representa os idosos que receberam a caderneta de saúde do idoso. No primeiro mês 51(87,9%) idosos, no segundo mês 84(93,3%) idosos, no terceiro mês 126(94,0%) idosos e no quarto mês 183(97,9%) idosos. Não houve distribuição para 100,0% dos idosos porque a secretaria não forneceu a quantidade de cardeneta suficiente. As cadernetas foram distribuídas pelos agentes comunitários de saúde que registraram a marcação da consulta na cardeneta e os orientaram para leva-las todas as vezes que forem a unidade de saúde e sempre pedir para profissional preencher, os idosos aceitaram bem a cardeneta.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência;

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

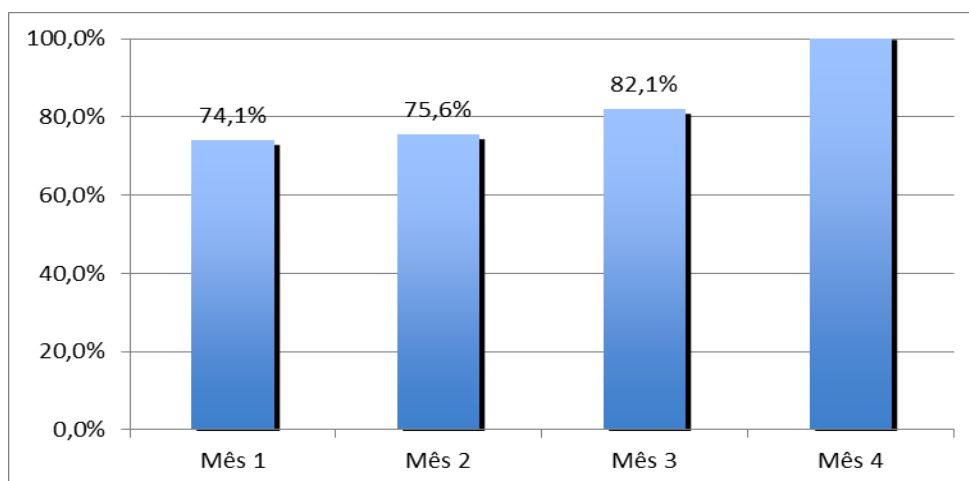


Figura 13: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia Benevides, PA.

A figura 13 representa a avaliação dos idosos com risco para mortalidade. No primeiro mês foram avaliados 43(74,1%) idosos, no segundo mês 68(75,6%) idosos, no terceiro mês 110 (82,1%) idosos e no quarto mês 189 (100,0%). As atividades foram realizadas pela equipe tanto durante o atendimento no domicílio como no atendimento na unidade. Uma das dificuldades encontradas foi convencer a profissional médica a realizar o procedimento durante seu atendimento. Foi uma ação bem aceita pela comunidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

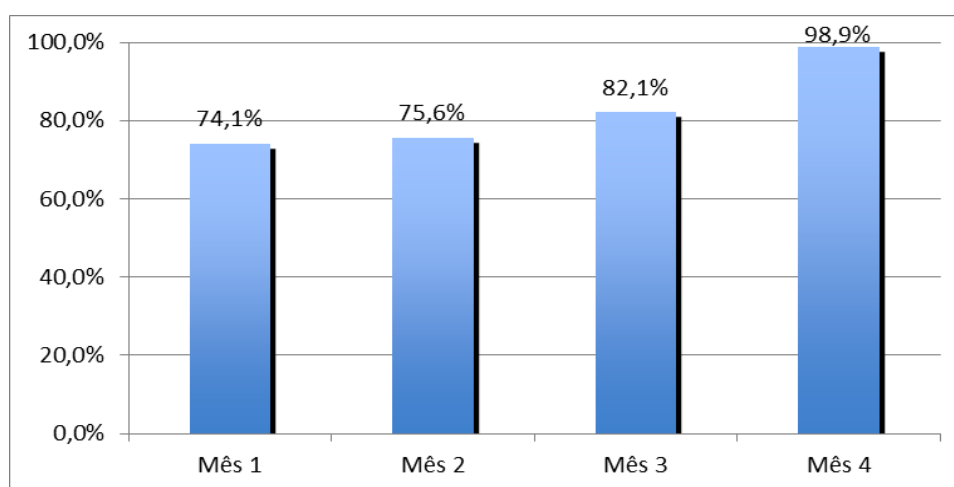


Figura 14: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia Benevides, PA.

A figura 14 representa os idosos com avaliação para fragilização na velhice. No primeiro mês 43(74,1%) idosos, no segundo mês 68(75,6%) idosos, no terceiro mês 110(82,1) idosos, no quarto mês 185(98,9%) idosos. As avaliações foram realizadas pela equipe multiprofissional durante os atendimentos domiciliares e na unidade. A principal dificuldade foi à adesão da profissional médica ação e registro do procedimento, foi uma ação bem aceita pela comunidade.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

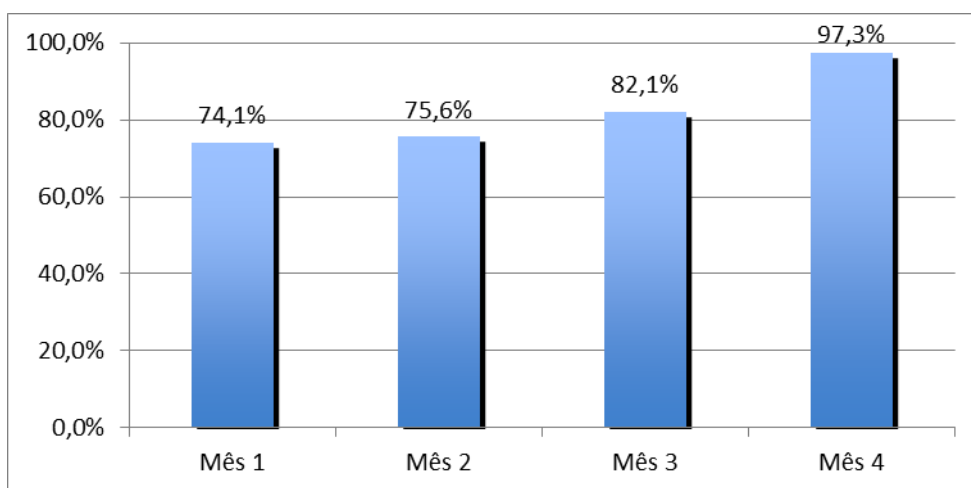


Figura 15: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia Benevides, PA.

A figura 15 representa a avaliação da rede social dos idosos. No primeiro mês foram avaliados 43(74,1%) idosos, no segundo mês foram avaliados 68(75,6%) idosos, no terceiro mês 110(82,1%) idosos e quarto mês 182 idosos o equivalente a 97,3%. Ação realizada na unidade durante a consulta agendada e durante o atendimento domiciliar, a dificuldade é a mesma encontrada em outras ações que foi a adesão da profissional médica a ação e a falta de registro do procedimento. A ação foi bem aceita pela comunidade e tivemos uma colaboração muito importante da equipe do NASF.

Meta 5.4: Encaminhar 100% dos idosos para avaliação de risco em saúde bucal.

Indicador 5.4: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal.

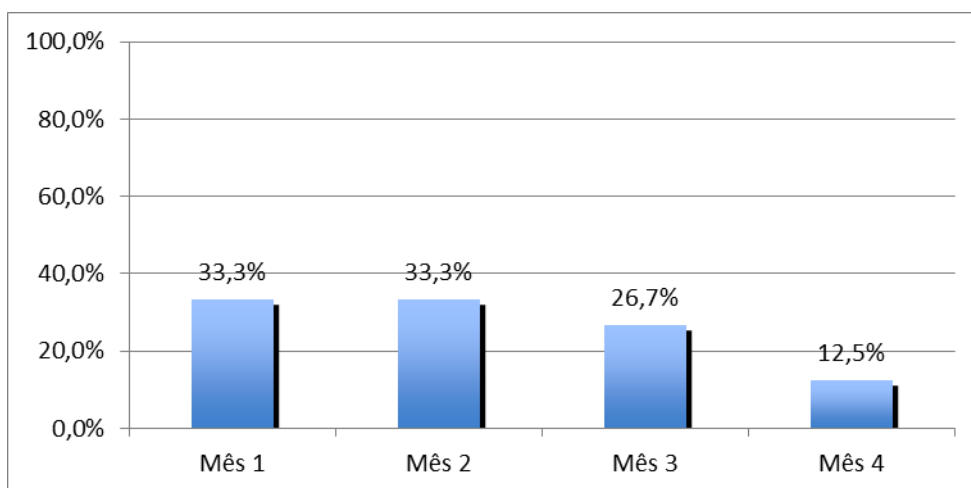


Figura 16: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal Benevides, PA.

A figura 16 representa os idosos com avaliação de risco para saúde bucal. No primeiro mês foram avaliados um idoso (33,3%), no segundo mês um idoso (33,3%), no terceiro mês quatro idosos (26,7%) e no quarto mês também foram avaliados quatro idosos (12,5%). Não conseguimos alcançar a meta pela falta da equipe de saúde bucal. Esses usuários que avaliamos estavam em uma situação crítica com relação à saúde bucal e tivemos que encaminhá-los para atendimento odontológico. A ausência da equipe de saúde bucal na unidade, o número limitado de fichas semanais para atendimento odontológico e a distância para unidade onde ocorrem os atendimentos são as principais dificuldades encontradas pela equipe.

Objetivo 6: Promover à saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

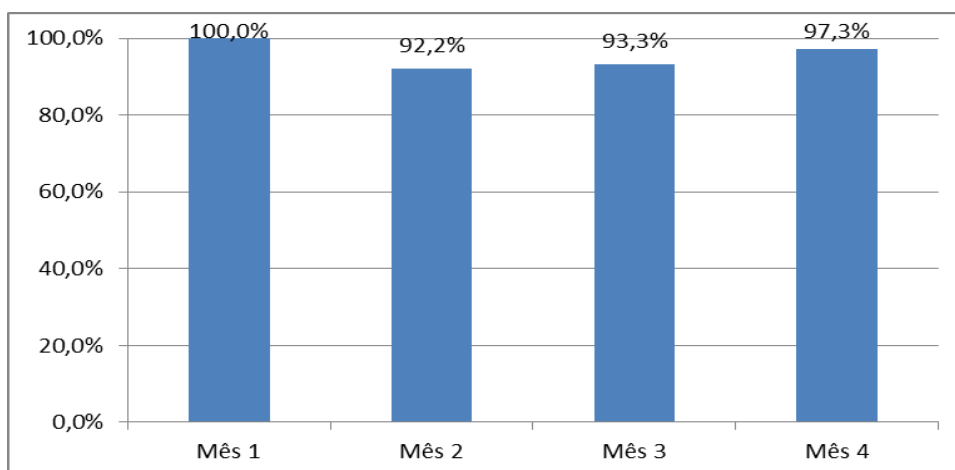


Figura 17: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis Benevides, PA.

A figura 17 os idosos que receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis. No primeiro mês foram 58(100,0%) idosos que receberam orientação nutricional, no segundo mês 83(92,2%) idosos, no terceiro mês 125(93,3%) idosos e no quarto mês 182(97,3%) idosos. Não conseguimos o alcance da meta por falta de registro por parte da profissional médica que foi o mesmo problema encontrado em outras ações. As orientações foram desenvolvidas para os idosos e seus familiares e foram bem aceitas para ambos, tivemos uma colaboração muito importante por parte da equipe do NASF.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

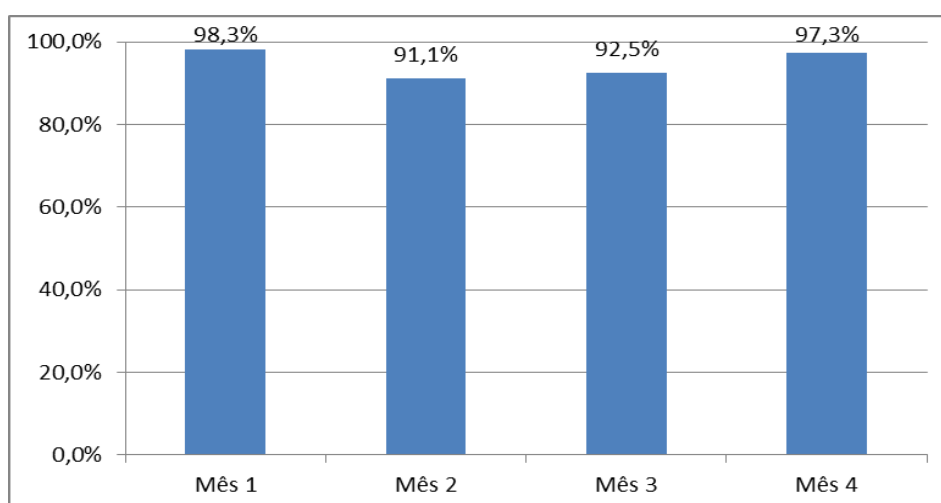


Figura 18: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular Benevides, PA.

A figura 18 representa os idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. No primeiro mês 57(98,3%) idosos, no segundo mês 82(91,1%) idosos, no terceiro mês 124(92,5%) idosos e no quarto mês foram orientados 182(97,3%) idosos. Mas uma vez não conseguimos o alcance da meta por falta de registro por parte da profissional médica. As orientações foram desenvolvidas para os idosos e seus familiares, tivemos uma colaboração muito importante por parte da equipe do NASF que em uma das ações conseguimos levá-los em caminhada até a academia da saúde, onde foi realizada atividade física com eles.

Meta 6.3: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 6.3: Proporção de idosos com orientação individual em saúde bucal em dia.

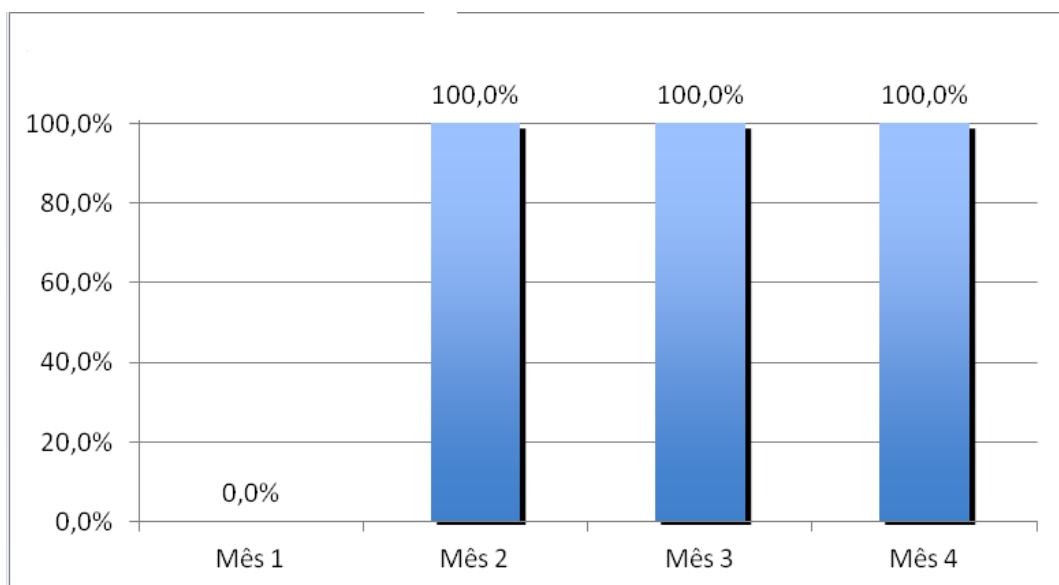


Figura 19: Proporção de idosos com orientação individual em saúde bucal em dia Benevides, PA.

A figura 19 os idosos que receberam orientação individual de cuidados com saúde bucal. No primeiro mês não foi orientado nenhum usuário individualmente sobre saúde bucal por que não foi encaminhado ninguém para consulta odontológica. No segundo mês 3(100,0%) usuários receberam orientação individual, no terceiro mês 15 (100,0%) e quarto mês 32(100,0%). Desenvolvemos atendimento individual sobre os cuidados com a saúde bucal durante o atendimento realizados nos consultórios e durante os atendimentos domiciliares. Nos sentimos muito

frustrados e impotentes por não ter como resolver todos os problemas relacionados à saúde bucal dos idosos.

Meta 6.4: Garantir ações de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.4: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

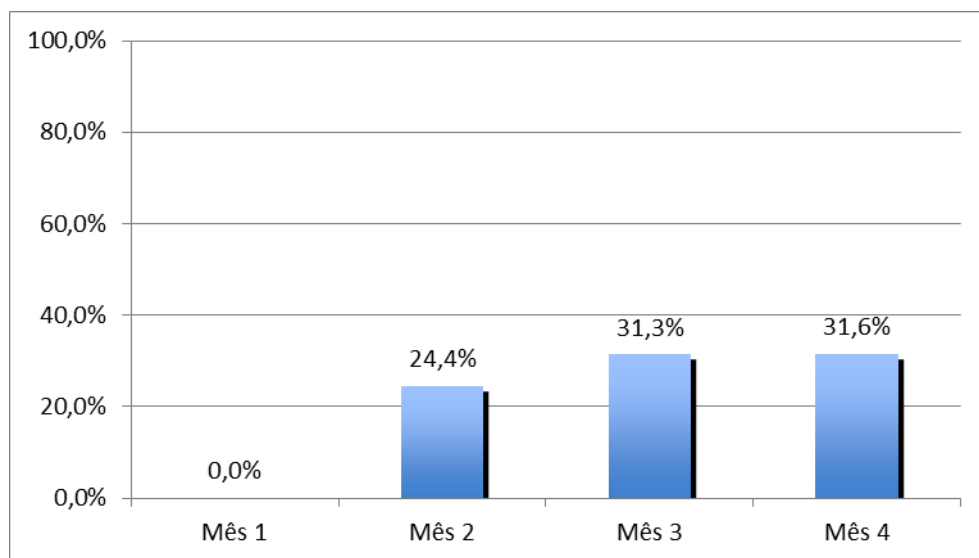


Figura 20: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal Benevides, PA.

A figura 20 representa as ações coletivas de educação em saúde bucal. Segundo mês 22(24,4%) usuários participaram das ações coletivas. No terceiro mês 42(31,3%) e quarto mês 59(31,6%). Não foi alcançado 100% porque não temos equipe de saúde bucal sendo que as ações foram realizadas pela equipe multiprofissional da unidade. Foram realizadas atividades de educação sobre a saúde bucal para os idosos e orientação sobre a importância para uma boa higiene bucal. Para a realização as ações contamos com o apoio de todos os membros da equipe da unidade e da equipe do NASF.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade de saúde em que trabalho, proporcionou a implantação do programa de saúde do idoso, a melhoria dos registros e a qualificação da assistência destacando a avaliação multidimensional, exame clínico apropriado, avaliação de risco para mortalidade, avaliação para fragilização na velhice e avaliação da rede social.

A intervenção foi importante porque permitiu a capacitação da equipe para que pudesse seguir as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o atendimento qualificado da pessoa idosa. As atividades foram desenvolvidas através do trabalho da médica, enfermeira, técnico de enfermagem, assistente administrativo, agentes comunitários de saúde e equipe multiprofissional do NASF (assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga). Coube aos profissionais, tais como médica enfermeira e equipe multiprofissional do NASF o atendimento clínico na unidade e no domicílio, ao agente administrativo e agentes comunitários de saúde o cadastramento dos usuários no programa e os técnicos de enfermagem o acolhimento adequado. Coube também ao enfermeiro o monitoramento das atividades e aos agentes comunitários de saúde a busca ativa dos idosos que faltaram as consultas programadas.

Antes da intervenção os atendimentos eram oferecidos somente aos idosos hipertensos e diabéticos ou quando apresentavam algum problema de saúde e procurava a unidade para atendimento. A intervenção foi importante por que fez com que a equipe modificasse a sua forma de atendimento a pessoa idosa, viabilizando uma assistência mais qualificada, a fim de evitar comorbidades e a mortalidade em idosos por causas evitáveis. A melhoria do registro otimizou a agenda para atendimento da demanda espontânea. A classificação de riscos para os idosos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A intervenção foi muito importante porque proporcionou aos usuários a capacidade de ser bem assistido para evitar os agravos que atingem essa camada da população e colaborar para eles possam ter uma boa qualidade de vida, programas de intervenção de base comunitária que integrem promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 1970, com o intuito de diminuir a morbidade e a mortalidade por DCNT(Doenças Crônicas Não Transmissíveis) por meio da redução dos fatores de risco nas comunidades (SILVA et al 2013).

O impacto da intervenção ainda é pouco percebida pela comunidade, mas aos poucos conseguiremos mostrar os avanços no atendimento aos idosos, e já percebemos satisfação e a aprovação por parte dos idosos e dos familiares com a prioridade no atendimento. Após o fim da intervenção, continuaremos com os cadastros e os trabalhos realizados durante o período de intervenção até o alcance

de 100% dos idosos residentes na área de abrangência da unidade. O trabalho desenvolvido durante a intervenção foi muito bom à equipe se mostrou sempre entrosada e empenhada. A maioria dos problemas e dificuldades de realizar algumas ações previstas no projeto não foi por causa da equipe e sim por problemas de gestão, que é a implantação e gerenciamento da equipe de saúde bucal na unidade, o que está totalmente fora da gerência da equipe. Não mudaria nada. Acho que fizemos um bom trabalho. A intervenção será incorporada ao serviço da unidade e será ampliado para os outros programas.

4.3 Relatório da intervenção para os Gestores

Para o Ministério da Saúde a avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação.

Geralmente o que leva a pessoa idosa a procurar os serviços de saúde é um sintoma mais familiar ou mais facilmente recomendável que pode não refletir de forma clara ou direta o estado geral de saúde do mesmo.

Com o objetivo de melhorar a atenção prestada aos idosos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do Maguary, realizamos a implementação do programa de saúde do idoso através do projeto de intervenção proposto pelo curso de especialização em Saúde da Família modalidade à distância pela UNASUS-UFPEL. Durante os quatro meses do projeto tivemos a cobertura de cadastro de 50% dos idosos residentes na área de abrangência da USF Maguary.

Esta intervenção foi realizada por mim, enfermeira Maura de Oliveira, e toda equipe da unidade. O objetivo dessa intervenção foi melhorar a sua forma de atendimento melhorando assim a qualidade dos serviços prestados na assistência aos idosos da área de abrangência da unidade e para a comunidade a prestação de uma assistência com mais qualidade.

A intervenção foi realizada, a princípio, no período de quatro meses e para a realização das ações foi fundamental o entrosamento e a participação de toda equipe para o sucesso do projeto. Durante os primeiros quatro meses de

intervenção passamos por muitas dificuldades o que impossibilitou a realização de algumas ações proposta no projeto e que foi a causa de não alcançarmos algumas metas.

No período de 16 semanas foram cadastrados um total de 189 idosos. Também foram realizados agendamento de consultas, acompanhamento dos idosos com visitas domiciliares, busca ativa quando faltava às consultas programáticas, atendimento clínico com médico, enfermeiro e equipe multiprofissional do NASF. Durante aquele período foram realizadas ações como acompanhamentos dos acamados ou problemas de locomoção, rastreamento para Pressão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, distribuição da carteira do idoso, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividade físicas regulares.

Com relação à saúde bucal tivemos muitas dificuldades para realizar as ações pelo fato de não ter a equipe de saúde bucal na unidade. Conseguimos encaminhar alguns idosos para a primeira consulta odontológica em outra unidade, mas não tivemos como acompanhar esses usuários, pois não tivemos nenhum retorno da coordenação da saúde bucal. A quantidade de idosos encaminhados foi limitada porque os atendimentos que a unidade tem direito são apenas uma vez na semana com número de fichas também limitada. Outras ações realizamos sem a participação da equipe de saúde bucal, A equipe continuará realizando as atividades iniciadas durante o período da intervenção que continuará sendo executada como rotina na unidade e a Gestão está tentando levar para a unidade uma equipe de saúde bucal, que esperamos que seja logo.

4.4 Relatório da intervenção para a Comunidade

A equipe da Unidade de Saúde da Família do Maguary informa a comunidade neste relatório sobre as ações que estão sendo desenvolvidas para a melhoria da assistência e acompanhamento dos idosos residentes na área de abrangência da unidade.

Segundo o Ministério da Saúde a Estratégia em Saúde da Família visa á reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os princípios do Sistema

Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população, desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizadas com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.

Assim, com o objetivo de melhorar a atenção prestada aos idosos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do Maguary, estamos realizando a implementação do programa de saúde do idoso através do projeto proposto pelo curso de especialização em Saúde da Família modalidade à distância pela UNASUS-UFPEL.

A princípio, foram realizadas no período de quatro meses foram desenvolvidas ações do projeto para implementação do programa de saúde do idoso, que antes não era trabalhado regularmente. Os idosos atendidos na unidade eram aqueles faziam acompanhamento no programa HIPERDIA. Os idosos que não faziam parte desse programa somente eram atendidos na unidade com alguma intercorrência.

Com o projeto, os idosos tiveram uma atenção mais qualificada e mais completa pelo fato de está prestando um bom acolhimento e um acompanhamento regular com a equipe multiprofissional. Começamos a realizar o cadastro de todos os idosos, as visitas domiciliares, busca ativa daqueles que faltavam à consulta agendada, atendimento clínico e avaliação do seu estado geral. Para a comunidade esses serviços são muito importantes.

O projeto está sendo muito importante para melhorar a assistência que prestamos aos idosos e propiciar uma aproximação maior com os nossos idosos e seus familiares. A intervenção teve também a missão de mostrar para os idosos e seus familiares que trabalhar a promoção da saúde e a prevenção de doenças é responsabilidade de todos, pois eles precisavam entender que para manter uma velhice saudável e uma boa qualidade de vida é preciso que cada um assuma o seu papel.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

O projeto de intervenção realizado na Unidade de Saúde da Família do Maguary foi muito importante para o meu processo de aprendizagem, pois me fez ter a visão correta de como deve funcionar realmente uma Estratégia de Saúde da Família. A qualificação profissional é imprescindível para melhorar a assistência para a comunidade brasileira.

Quando iniciei o curso essa visão foi se ampliando e mudando no decorrer da intervenção, porque às vezes fazemos o errado pensando que estamos fazendo que é certo, não porque queremos, mas pela falta de conhecimento.

O curso de especialização em saúde da família foi fundamental para o meu enriquecimento profissional, pois me sinto capacitada para contribuir para uma Estratégia de Saúde da Família melhor. Sabemos que só a qualificação profissional não é o suficiente para por um fim nos problemas enfrentado na Atenção Primária a Saúde, porque enfrentamos um gigantesco problema de gestão, mas considera-se o primeiro passo, pois com o conhecimento fica mais fácil questionar o que está certo ou errado com fundamentos.

A intervenção trouxe muitos benefícios para esta unidade como conhecimento e uma nova experiência para equipe e assistência de qualidade para a comunidade, sabemos que ainda falta muito para atingir a atenção primária que o sistema único de saúde preconiza, mas o passo inicial está sendo dado.

A atenção primária a saúde é a porta de entrada da rede de atenção à saúde e quando ela funciona evita aqueles problemas sérios que ocorre no dia a dia nas outras redes de atenção.

A intervenção foi uma forma de integração entre todos os membros da equipe da unidade de saúde da família do Maguary, com as ações podemos

perceber o verdadeiro trabalho em equipe. Percebo que após a intervenção a equipe mudou bastante.


Bibliografia

BRASIL. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Caderno de Atenção Básica nº 19, série A. Normas e Manuais Técnicos. 1ª ed. 2ª reimp. Ministério da Saúde; Brasília, 2010.

Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. **Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática**. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(5):343–50. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>. Acesso em: 23 de dez. de 2015.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1								
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso acamado com dificuldade locomoção recebeu visita domiciliar odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	61							
	62							
	63							
	64							
	65							
	66							
	67							
	68							
69								

▶ ▶ Apresentação

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Indicadores

Mês 4

III

▶

Anexo C - Ficha Espelho para Programa de a Saúde do Idoso

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____ / ____ / ____ Número do Prontuário: _____

Cartão SUS

Nome

completo:_____

____ Data de nascimento: ____/____/____

RG: _____ Estado civil: _____ Escolaridade: () Analfabeto () até 4 anos () 4 à 8
anos () 8 anos ou mais / Cor: _____

Endereço: _____

_____ Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador

Telefones de

contato: _____ / _____ / _____

Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado (a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não Peso: _____ Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____ Aposentado? () Sim () Não / Fuma? () Sim () Não/ Usa bebida alcoólica? () Sim () Não / Atividade física? () Sim () Não / Cadastrado? () Sim () Não

[illegible]

[illegible]

Anexo D – Ficha de Avaliação Rápida da Pessoa Idosa

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

NOME: _____

DATA: ____/____/____

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	<p>O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? ____</p> <p>Peso atual: ____ kg Altura: ____ cm</p> <p>IMC = ____</p>	<p>Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada.</p>
VISÃO	<p>O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais?</p> <p>Se sim, aplicar o cartão de Jaeger:</p> <p>Olho Direito: ____</p> <p>Olho Esquerdo: ____</p>	<p>Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista</p>
AUDIÇÃO	<p>Aplicar o teste do sussurro, pág. 137</p> <p>A pessoa idosa responde a pergunta feita?</p> <p>Ouvido Direito: ____ Ouvido Esquerdo: ____</p> <p>Se não, verificar a presença de cerume.</p> <p>OD: ____ OE: ____</p>	<p>Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.</p>
INCONTINENCIA	<p>O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a?</p> <p>Se sim, pergunte: Quantas vezes? ____ Isso</p>	<p>Pesquisar a causas. Ver capítulo de incontinência urinária (pág. 30)</p>

	<p>provoca algum incomodo ou embaraço? ____</p> <p>Definir quantidade e frequência.</p>	
ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	<p>Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.</p>
HUMOR/ DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	<p>Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos:</p> <p>Mesa Maça Dinheiro</p> <p>Após 3 minutos pedir que os repita.</p>	<p>Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse,</p> <p>pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.</p>
FUNÇÃO DOS MMSS	<p>Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos.</p> <p>Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.</p>	<p>Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).</p>
FUNÇÃO DOS MMII	<p>Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: Atenção para dor, amplitude de</p>	<p>Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de</p>

	movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (página xx) e Medida de Independência Funcional – MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF (pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147)
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? ____ Tapetes soltos? ____ Corrimão no banheiro? ____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? ____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 37)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo/a? ____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174).

Apêndices



Figura 21: Atividade educativa para idosos e familiares da USF Maguary, Benevides, PA.



Figura 22: Atividade educativa sobre saúde bucal da USF Maguary, Benevides, PA.



Figura 23: Avaliação antropométrica dos idosos da USF Maguary, Benevides PA.

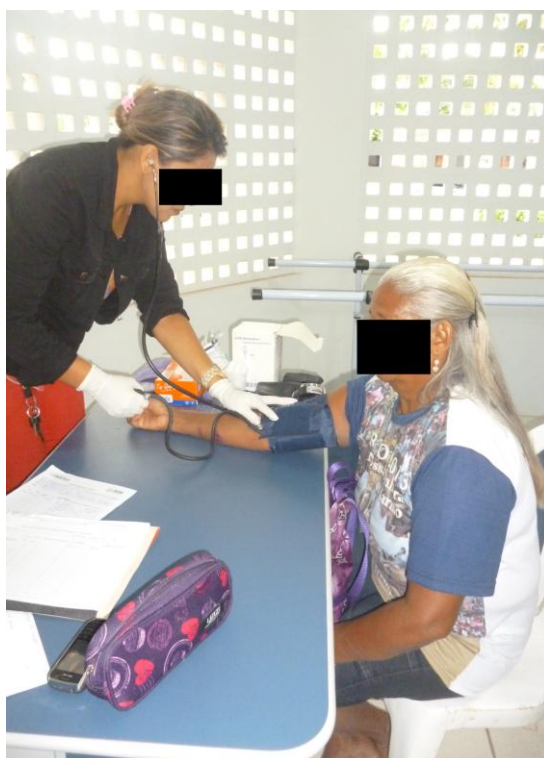


Figura 24: Verificação de pressão arterial dos idosos da USF Maguary, Benevides PA.